

La conexión emocional

MUESTRA EDITORIAL

Ramon Riera i Alibés

# La conexión emocional

Formación y transformación de la  
forma que tenemos de reaccionar  
emocionalmente

Octaedro 

Colección Con vivencias  
5. *La conexión emocional*

Título original: *La connexió emocional. Formació i transformació de la nostra manera de reaccionar emocionalment*

Primera edició: mayo de 2011

© Ramon Riera i Alibés

© De esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.  
Bailén, 5, pral. - 08010 Barcelona  
Tel.: 93 246 40 02 - Fax: 93 231 18 68  
www.octaedro.com - octaedro@octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

ISBN: 978-84-9921-168-8  
Depósito legal: B. 16.916-2011

Traducción al castellano: María Riera Velasco y Carles Andreu Saburit  
Diseño de la cubierta: Tomàs Capdevila  
Fotografía de la cubierta: Ingimage  
Realización y producción: Editorial Octaedro

Impresión: Press Line, S.L.

Impreso en España - *Printed in Spain*

A Rosa, Bernat y Maria, mi familia; sin su conexión emocional todo lo que implica escribir un libro como este no hubiese sido posible.

A mis pacientes, todo lo que cuento en este libro lo he aprendido de ellos.

«Yo siento que tú sientes lo que yo siento...»

MUESTRA EDITORIAL

# > SUMARIO

Prólogo .....	13
1. Para situar al lector antes de empezar .....	19
2. El sentimiento de uno mismo .....	39
3. La memoria de las emociones .....	105
4. La intersubjetividad .....	133
5. Un poco de prehistoria de las relaciones .....	179
6. Cómo nos vinculamos los humanos .....	235
7. Un poco de neurociencia aplicada a las relaciones humanas ...	269
Acerca del autor .....	295
Índice .....	297

## > PRÓLOGO

**Durante mis treinta años de experiencia profesional, los pacientes me han ido enseñando a entender la forma que tenemos los humanos de reaccionar emocionalmente. ¿Por qué ciertas personas reaccionan con seguridad y con empuje ante las dificultades mientras otras reaccionan con sentimientos de pequeñez y desánimo? Y lo que a nivel práctico es aún más importante, ¿cómo podemos cambiar esta forma involuntaria de reaccionar emocionalmente?**

Nuestra forma de sentir depende de las conexiones que se han establecido entre nuestro cerebro y las glándulas endocrinas. Por su parte, estas conexiones se han ido creando como resultado de las experiencias que hemos vivido a lo largo de la vida. En contra de lo que tradicionalmente se había pensado, la neurociencia contemporánea ha demostrado que nuestro cerebro es enormemente plástico, es decir, que su anatomía es modificable a partir de múltiples experiencias relacionales. Modificar la forma en que sentimos es una tarea compleja que requiere cambiar dichas conexiones. La reflexión racional y la voluntad son escasamente eficaces a la hora de modificar las conexiones neuroendocrinas que determinan nuestra forma de reaccionar emocionalmente. Con todo, los humanos hemos evolucionado y nos diferenciamos de los otros grandes simios por nuestra capacidad de utilizar nuestras relaciones con los demás para aprender a regular las reacciones emocionales. Por lo tanto, en la especie humana las relaciones son la fuente principal de donde aprendemos nuevas formas de afrontar emocionalmente la vida.

Nuestro cerebro ha evolucionado para compartir estados emocionales. A diferencia de los otros grandes simios, en los últimos seis millones

de años los humanos hemos evolucionado para alcanzar la capacidad del «yo siento que tú sientes lo que yo siento». Desde el mismo momento del nacimiento, los humanos buscamos la conexión emocional con nuestras crías: las tomamos en brazos, nos las ponemos cara a cara, y buscamos algún intercambio de señales (expresiones faciales y sonidos bucales) que nos hagan tener alguna sensación, aunque rudimentaria, de sentir cosas similares. Pasados los dos primeros meses, el bebé ya puede intercambiar sonrisas con sus cuidadores: un hecho que constituye una de las primeras evidencias de que ambos, bebé y adulto, comparten un estado de bienestar. ¿Por qué, para unos padres, es tan gratificante conseguir esa conexión con su niño a través de la sonrisa?

Bonobos y chimpancés, los primates que más se parecen a nosotros, nunca buscan esa conexión. Sería impensable que una madre chimpancé se pusiera su cría cara a cara y empezara a hacerle gestos y sonidos buscando una respuesta, es decir, buscando una conexión. Antes del año de edad, los humanos aprendemos a mirar lo que nuestros cuidadores miran, es decir, a compartir los intereses del adulto. Poco después el bebé aprende a señalar y busca que el adulto mire lo que él señala. Pero no bastará con eso: el bebé no sólo necesita que el adulto se fije en el objeto que señala, sino que también necesita que después este adulto vuelva a redirigir la mirada hacia el pequeño para mostrarle que está contento con lo que le acaba de enseñar. El pequeño necesita percibir que el adulto se interesa por las cosas que a él le interesan, y necesita poder disfrutar conjuntamente con los adultos de este interés compartido. Por extraño que nos pueda parecer, los chimpancés adultos no tienen ni la capacidad de señalar, ni la capacidad de entendernos cuando les señalamos con el dedo dónde está lo que están buscando.

¿Por qué la conexión emocional es tan importante para los humanos? Una de las experiencias que más nos atrae es la de tener la sensación de «yo siento que tú sientes lo que yo siento». Es decir, la experiencia de la conexión emocional. Las relaciones que nos aportan ese tipo de sensación de sintonía nos resultan agradables, en cambio, las personas que percibimos que nos malinterpretan nos generan inquietud. Tendemos a huir de las relaciones en las que no nos sentimos entendidos y buscamos mantener aquellas otras que nos proporcionan una sensación de afinidad derivada de la conexión emocional. ¿Qué sentido tiene que compartir estados emocionales sea tan atractivo para nosotros?

Los humanos aprendemos a tener emociones a través de las relaciones. Cuando un bebé de 18 meses tropieza y cae, lo primero que hace



es dirigir la mirada hacia la expresión de su madre. El pequeño evaluará la gravedad de la situación a través de la expresión de su madre: si ésta emite señales de estar asustada, el niño empezará a llorar; si la madre hace señales de encontrarlo divertido, entonces el pequeño se reirá. La reacción emocional de este pequeño ante la caída dependerá de la reacción emocional de la madre. Pero si en lugar de la madre, en este momento, el pequeño está con un extraño, entonces la reacción del adulto desconocido será mucho menos relevante para el niño. ¿Por qué? Porque ya desde pequeños sólo nos fiamos de aquéllos con quienes nos sentimos conectados emocionalmente, que sabemos que «sienten lo que yo siento». Si el otro no siente de una forma bastante parecida a como yo siento, entonces es probable que sus soluciones a mí no me sirvan.

La emoción es la manera que tenemos de evaluar situaciones. Tendemos a creer que el pensamiento reflexivo es la manera más eficaz de que disponemos para evaluar situaciones y tomar las decisiones consecuentes. Hasta hace poco no se nos ha hecho evidente que las emociones son herramientas muy poderosas, más sutiles y más rápidas que el pensamiento reflexivo, para tomar decisiones. Por eso, la expresión «inteligencia emocional» se ha vuelto tan popular recientemente. A menudo, después de pensar mucho en algo, de darle muchas vueltas, acabamos exclamando: «ya no sé qué pensar, pero lo que a mí me sale hacer es...». Y acabamos haciendo lo que nos sale, es decir, acabamos siguiendo el impulso emocional que sentimos. Nuestras emociones determinan las decisiones más importantes de nuestra vida: nuestra elección de pareja, de profesión, del lugar donde vivir, los amigos de quienes nos rodeamos, etc. Que nuestra vida sea plena o vacía (términos que me parecen más adecuados que feliz e infeliz) también dependerá de nuestras reacciones emocionales. Un paciente deprimido que no se puede levantar de la cama es alguien que ha evaluado emocionalmente que lo que le espera durante el día que tiene por delante no presenta ningún atractivo. ¿Cómo podemos ayudar a este paciente a cambiar su evaluación emocional?

En cada familia rigen unas convicciones emocionales no conscientes y nunca habladas que determinan qué se puede sentir y qué no se puede sentir. Por poner un ejemplo bien sencillo: en ciertas familias sus miembros pueden llorar juntos, en otras, cada uno se esconde para llorar a solas y, en otras, nadie ha tenido casi nunca la experiencia de llorar. El pensamiento y la reflexión suelen tener una eficacia limitada a la hora de modificar estas convicciones emocionales y nuestra forma automá-

tica de reaccionar emocionalmente. Los argumentos racionales tienen poca capacidad de generar estados emocionales distintos. Para aprender a montar en bicicleta, las explicaciones verbales sobre cómo debemos posicionar nuestro cuerpo tendrán una utilidad muy limitada. Con las emociones ocurre lo mismo: las reflexiones verbales sobre cómo nos conviene emocionarnos nos servirán de muy poco. En cambio, nuevas relaciones (o nuevas formas de relacionarnos) nos suministrarán nuevas formas de conectar emocionalmente y nuevas formas de reaccionar emocionalmente.

Hace treinta años que trabajo para ayudar a los pacientes a cambiar su forma de sentir. Aparentemente, mis pacientes y yo nos reunimos para hablar y reflexionar. Pero lo que finalmente resultará determinante será que consigamos crear una atmósfera donde ellos puedan llegar a sentir lo que no habían podido sentir en sus otras relaciones. En la terapia psicoanalítica, la especialidad en la que estoy formado, tratamos de llegar a las emociones a través de la palabra y la reflexión. Otras terapias utilizan herramientas como la música, el arte o la expresión corporal. Pero el objetivo es el mismo: lograr, a través de la relación, nuevas formas de reaccionar emocionalmente.

A menudo, la forma de reaccionar emocionalmente que hemos aprendido desde niños nos será útil para toda la vida. Sin embargo, en ocasiones las circunstancias familiares o sociales de nuestra infancia hacen que las emociones que aprendimos en el pasado nos sean poco útiles en la actualidad. Un síntoma psicológico es siempre un intento de resolver un problema. Por ejemplo, la tendencia de un niño al aislamiento puede ser una buena forma de protegerse de unos padres poco empáticos. Ahora bien, cuando este niño se convierta en adulto, es decir, cuando alcance la capacidad de elegir su entorno relacional, el aislamiento le será muy poco útil. Entonces necesitará cambiar su tendencia espontánea hacia el aislamiento, es decir, su forma automática de reaccionar emocionalmente.

El libro que tenéis en las manos trata las siguientes cuestiones: cómo se forma nuestra forma espontánea y no voluntaria de reaccionar emocionalmente, cómo podemos cambiar esta manera automática de emocionarnos y cuál es el papel de la conexión emocional en estos procesos. Todo lo que encontraréis en este libro es el resultado de lo que he aprendido de mis pacientes, primero niños y luego adultos, durante mis treinta años de experiencia profesional. Todo lo que cuento es fruto de la experiencia: por un lado, la de haber luchado durante todo este tiempo

junto a mis pacientes para encontrar la forma de aliviar su sufrimiento emocional, y por otro, la experiencia de haber estudiado aquellas investigaciones contemporáneas (en psicoanálisis, neurociencia, biología de la evolución, investigación en primera infancia, etc.) que en la práctica me han sido útiles para poder ayudarles, y haber ido descartando aquellas viejas teorías que en mi práctica me han complicado aún más las cosas.

El libro va dirigido tanto al lector general como al lector especializado en ciencias humanas. El lenguaje utilizado está deliberadamente exento de terminología técnica, siguiendo el aforismo que se atribuye a Einstein: «No entiendes algo en profundidad si no eres capaz de explicárselo a tu abuela».

MUESTRA EDITORIAL



# > 1. Para situar al lector antes de empezar

Una de las ideas centrales de este libro es que para entender mejor la forma de sentir y pensar de una persona hace falta situarla en su contexto: predicando con el ejemplo, en este primer capítulo explico el contexto de donde han salido los pensamientos que el lector se encontrará en las páginas posteriores. A partir de mi experiencia en ayudar a mis pacientes a cambiar he constatado que la *conexión emocional*, es decir, la actitud empática del entorno, es lo que determina qué podemos llegar a sentir y qué quedará fuera de nuestra experiencia emocional. Se presenta un ejemplo que ilustra cómo ciertas actitudes emocionales de terceros nos ayudan a sentir de una forma u otra. Los humanos estamos genéticamente diseñados para regular nuestras emociones a través de las relaciones.

Hace treinta años que trabajo como psicoterapeuta, es decir, llevo treinta años aprendiendo de mis pacientes cuál es el funcionamiento de los humanos, qué nos causa sufrimiento emocional y, lo que es aún más importante, cómo podemos cambiar para aliviar el sufrimiento psíquico para poder disfrutar más la vida. Obviamente, los pacientes buscan un alivio de su sufrimiento emocional, en otras palabras, buscan cambiar su forma de sentir. Consecuentemente, el cómo cambiar psíquicamente, el cómo sentir de otra forma (sentir menos ansiedad, menos inhibición, más ilusión, más esperanza, etc.) es un punto central en cualquier tratamiento psicológico. Durante todos estos años he estudiado mucho aquellas fuentes que me han parecido útiles para entender mejor a mis pacientes y, especialmente, para ayudarlos a cambiar.

Sin lugar a dudas, el psicoanálisis ha sido la perspectiva que más útil me ha parecido y, por ello, es la que más a fondo he estudiado. Como solemos hacer los profesionales del psicoanálisis, yo mismo he pasado por un tratamiento de psicoanálisis personal, he supervisado a mis pacientes con analistas con más experiencia y he estudiado a fondo las distintas teorías psicoanalíticas. Ha sido la experiencia con los pacientes, no podría haber sido de otra manera, más concretamente la experiencia de qué les ha resultado útil y qué les ha complicado la existencia, lo que ha provocado que haya dejado de basarme en ciertas teorías y me haya dedicado a estudiar otras.

El libro que tenéis en las manos es mi intento de explicar, de forma sencilla y a un lector no necesariamente especialista, lo que he ido aprendiendo durante estos treinta años sobre cómo sentimos los humanos, de qué depende nuestra forma de sentir, cómo se interrelacionan nuestras predisposiciones constitucionales con las experiencias que hemos ido viviendo desde niños (la interacción naturaleza-cultura), y cómo podemos cambiar nuestra forma de sentir. No es un libro de autoayuda, entendiéndolo por libro de autoayuda aquél que nos brinda consejos y soluciones. Es solo la recopilación de mi experiencia. A pesar de ello, no hace falta mencionar que me encantaría que la experiencia que quiero compartir suscitara el interés del lector y le resultara útil de un modo u otro.

Aunque mi formación de base es psicoanalítica, a menudo me ha resultado útil estudiar otras disciplinas, como las neurociencias, la biología de la evolución o la investigación en primera infancia, entre otras. Poco a poco, los psicoanalistas estamos aprendiendo a contrastar nuestras teorías con otras disciplinas y a emplear conocimientos y descubrimientos de otras disciplinas como punto de partida para nuestras investigaciones. En este sentido, el lector encontrará también en este libro un poco de información sobre cómo procesa nuestro cerebro las emociones (neurociencias); sobre cómo hemos evolucionado los humanos a partir de nuestros antepasados, es decir, de los primates en general y de los grandes simios en particular (biología de la evolución); y sobre cómo empieza a relacionarse el bebé con los adultos que lo rodean y cómo a partir de estas relaciones tan tempranas el pequeño empieza a aprender qué puede esperar de los otros y qué puede esperar de sí mismo (investigación en primera infancia).

A mi parecer, la psicoterapia es una carrera de fondo. En el terreno de las emociones los cambios se producen con lentitud. Desde niños

aprendemos qué podemos sentir y qué sentimientos, en cambio, no serán bien recibidos por parte de nuestro entorno y, por lo tanto, deberemos esconder, con frecuencia, hasta a nosotros mismos. Hay también otros sentimientos a los que no tenemos acceso: son emociones que no sabemos si existen, por la sencilla razón de que son sentimientos que nunca han circulado en el mundo en que hemos vivido (nuestra familia, nuestros amigos, nuestra cultura). Por otro lado, en función de nuestra programación genética y de cómo la experiencia ha ido organizando la anatomía de nuestro cerebro, podemos tener cierta predisposición a sentir determinadas emociones. La forma en que hemos aprendido a sentir no será fácil de cambiar.

A veces, los psicoanalistas no podemos ayudar mucho, pero en situaciones límite una mínima ayuda puede significar mucho: una simple botella de agua en el desierto puede ser una cuestión de vida o muerte. A menudo, en el trabajo con pacientes pasamos por periodos de estancamiento, o incluso de empeoramiento, y finalmente descubrimos que se trata de estaciones de paso inevitables para llegar al final deseado. Sin embargo, estos retrocesos también pueden ser indicadores de que nos estamos equivocando, por ejemplo, porque estamos malinterpretando al paciente. Otras veces suponemos que una idea brillante que se nos ha ocurrido le ha resultado muy útil a un paciente, mientras que, en realidad, lo que le ha ayudado es que lo hemos escuchado con mucho interés.

En resumen, generalmente la tarea de conseguir cambiar la forma de sentir de los pacientes es lenta y dificultosa, pero también es verdad que en determinadas ocasiones, aunque no en muchas, una pequeña observación desde la perspectiva del terapeuta puede desencadenar una secuencia de cambios de gran trascendencia para el paciente. Me gustaría resaltar que los factores que determinan la forma particular de cada uno de vivir las emociones es el resultado de un proceso muy complejo y que, por ello, hay que recorrer también un camino muy complejo para llegar a descubrir en qué consiste esta forma de sentir. Los terapeutas, como cualquier otro profesional, necesitamos sentirnos útiles y eficientes en nuestro trabajo y, a veces, esto nos impulsa a tener demasiada prisa para llegar a conclusiones.

Lo que más valora un paciente de un terapeuta es que éste sea honesto, que tolere la incertidumbre de no saber y la vergüenza de equivocarse, y que también sea capaz de mantener de forma auténtica y sin simulaciones una actitud de interés y de esperanza en el cambio. Este libro pretende ser coherente con esta convicción: lo que más agradecerá

el lector es que se haya escrito desde la autenticidad, a partir de mi experiencia durante estos treinta años de ejercicio profesional y con la idea de no ofrecer ni simplificaciones engañosamente seductoras para el lector, ni determinadas teorías clásicas que suelen darse por ciertas pero que en mi experiencia particular no han demostrado ser útiles.

## Un poco de historia personal

Un poco de mi historia personal ayudará al lector a entender mejor de dónde surge todo lo que iré explicando. De hecho, esta es una de las ideas que repetiré varias veces a lo largo de estas páginas: para entender mejor la forma de pensar y de sentir de una persona es preciso empezar por situarla en su contexto.

Estudié medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona. Tuve la suerte de que en el año 1970, cuando empecé, la Facultad de Medicina de la Autónoma acababa de nacer. Mi curso fue la tercera promoción de la Facultad. No éramos muchos en clase, la mayoría de los profesores empezaban su nueva tarea con ilusión, y lo que era aún más importante, desde primer curso ya teníamos contacto con pacientes.

Mientras estudiaba medicina empecé a sentir un interés progresivo por la psiquiatría, así que, cuando terminé, me especialicé en psiquiatría en el Servicio de Psiquiatría Infantil que el Dr. Josep Tomás dirigía en el Hospital antiguamente llamado Francisco Franco (el actual Hospital Vall d'Hebron de Barcelona). Por aquellos tiempos la psicofarmacología apenas se utilizaba en psiquiatría infantil (a diferencia de lo que sucede actualmente), de modo que enseguida me fui centrando en la formación en psicoterapia.

Poco después de terminar la especialidad empecé la formación en psicoanálisis con Ferran Angulo, quien por aquel entonces era el jefe del Servicio de Psiquiatría del hospital Sant Joan de Déu. Angulo era un hombre carismático que causaba una gran impresión en los jóvenes que, como yo, estábamos interesados en formarnos como psicoanalistas. Él se había formado en la Sociedad Psicoanalítica de París y se relacionaba a menudo con analistas de la denominada Escuela de Psicósomática de París. Muchos de ellos visitaban Barcelona con frecuencia, donde impartían clases y seminarios. Quedé absolutamente deslumbrado.

Era una época en que muchos psicoanalistas de Argentina llegaban a Barcelona, huyendo de la terrorífica persecución de las dictaduras mili-



tares. De esta forma, alrededor de Angulo se empezó a crear un círculo de analistas argentinos de gran valor. Empecé mi análisis personal con uno de ellos: Valentín Barenblit, un hombre entrañable con quien me psicoalicé durante nueve años, acudiendo a su consulta tres veces a la semana. Me ayudó mucho. Para el lector que esté poco familiarizado con este ámbito, diré que el análisis personal es uno de los tres pilares básicos en la formación de un psicoanalista. Los otros dos pilares son los seminarios teóricos y la supervisión de pacientes con analistas que cuenten con más experiencia.

Tuve la gran suerte de vivir la eclosión de Internet en los años noventa, cosa que me permitió poder seguir el desarrollo de las distintas perspectivas psicoanalíticas que iban surgiendo en todo el mundo. Enseguida sentí un especial interés por algunos grupos psicoanalíticos norteamericanos. Empecé a asistir a los seminarios que organizaban, a participar en congresos y a invitarlos a impartir cursos en Barcelona. Muchas de las ideas que aquí expreso han surgido de mi interacción con algunos de ellos.

A menudo, la imagen que se tiene a nivel popular del psicoanálisis es de algo que sólo practican los intelectuales esnobs y algo raros. Existe la creencia de que el psicoanálisis está más presente en las películas que en la realidad cotidiana. «Yo creía que esto del diván sólo salía en las películas», me dijo en una ocasión un paciente al entrar por primera vez a mi consulta. Espero que este libro ayude al lector a formarse una idea más precisa de cómo trabaja un psicoanalista y de cómo afronta el sufrimiento emocional de la gente corriente.

También está bastante extendido el malentendido de que las personas que siguen un tratamiento psicoanalítico son intelectuales con ansias de conocer su inconsciente; en realidad, las personas que invierten tiempo (y también dinero) en seguir un tratamiento psicoanalítico es porque sufren emocionalmente y, finalmente, terminan descubriendo, a veces tras haber probado otras alternativas, que conocerse a uno mismo es una forma muy razonable, o de sentido común, para combatir el dolor mental.

En mi opinión, la comunidad psicoanalítica ha tenido múltiples dificultades para criticar y renovar aquellas teorías clásicas que en la práctica no se han confirmado. Seguramente a ello se debe la existencia de la visión generalizada del psicoanálisis como algo anticuado o esotérico. Espero poder mostrar, a través de los numerosos ejemplos de mi práctica cotidiana, que lo que sucede en una psicoterapia es algo perfectamen-

te razonable y comprensible sin necesidad de recurrir a especulaciones alejadas de la experiencia.

Por este motivo, he querido empezar explicando que lo que se relata en este libro es el resultado de mi práctica cotidiana con mis pacientes: las muchas horas al día durante muchos años escuchando a pacientes, que me ha proporcionado una perspectiva de cómo funcionan los humanos, junto con las muchas horas de estudio buscando la mejor forma de entenderlos y de ayudarles a cambiar, es lo que ha forjado mis convicciones sobre qué teorías encajan con la experiencia y qué especulaciones resultan poco útiles. Lo que el lector encontrará a continuación es, en definitiva, el resultado de mi experiencia.

## **Algunas nociones básicas sobre qué es una psicoterapia**

Antes de adentrarnos en lo que he aprendido sobre el mundo emocional de los humanos, querría que el lector poco familiarizado con el trabajo de psicoterapeuta que realizo se haga una idea de en qué consiste. De esta forma, entenderá mejor de dónde he sacado todo lo que cuento. Para empezar, explicaré brevemente y a nivel práctico qué es una psicoterapia: hablaré de qué se suele hacer en una sesión, con qué frecuencia, cuándo se utiliza el diván y cuestiones similares. A continuación expondré por encima y mediante un ejemplo para qué sirve una psicoterapia y de qué forma ayuda al paciente a cambiar psíquicamente.

En primer lugar diré que, en una psicoterapia de orientación psicoanalítica, paciente y terapeuta se reúnen para hablar. Freud definió la terapia psicoanalítica como la «cura por la palabra», expresión que en inglés (*talking cure*) ha adquirido gran popularidad. En las primeras sesiones, los psicoanalistas solemos explicar al paciente que es muy importante que hable de lo que le pase por la cabeza y que intente prescindir de si lo que dice quedará bien o mal, o de si puede parecer absurdo o no. Freud fue el primero en servirse de este sistema, que bautizó con la expresión «asociar libremente».

Yo, particularmente, suelo insistirle al paciente sobre la libertad de comentarme si se siente entendido por mí o no. Me gusta añadir que la cuestión de poder expresarse libremente es más fácil de decir que de poner en práctica y que, en todo caso, conseguirlo dependerá en gran medida del clima que seamos capaces de crear entre nosotros. Comen-

to que nuestro objetivo es precisamente conseguir crear un tipo de atmósfera donde el paciente pueda expresar lo que siente con la máxima libertad. También digo que para poder entender mejor sus síntomas, es decir, su sufrimiento emocional, necesitaremos acceder a sensaciones que tal vez le hayan pasado desapercibidas durante su vida y que ir tirando del hilo de las cosas que se le van ocurriendo libremente es el único modo de llegar a los sentimientos que por algún motivo han quedado aparcados.

Dado que los cambios en nuestra forma de reaccionar emocionalmente se producen con lentitud, la psicoterapia requiere de un trabajo a largo plazo que debe ser continuado en el tiempo. Una terapia suele durar varios años y suele constar de una o más sesiones semanales. Se organizan unos horarios fijos que se repiten cada semana, de modo que se establece una regularidad y continuidad que no serían posibles si cada semana se improvisara un nuevo horario. La cuestión de la continuidad es muy importante: para embarcarse a explorar determinadas profundidades emocionales se requiere una compañía confiable y cierta garantía de que esta compañía estará disponible de forma estable y continuada.

En las primeras sesiones se valora cuál será la frecuencia de visita adecuada para cada paciente. La frecuencia oscila entre una sesión semanal y una diaria. Por lo general, los psicoanalistas preferimos trabajar con un número mayor de sesiones, aunque las limitaciones económicas y la disponibilidad no siempre lo permiten y muchas terapias sólo cuentan con una sesión a la semana. También hay pacientes que sienten una especie de claustrofobia al hecho de acudir con tanta frecuencia a terapia. Tienen la sensación de que si vienen, por ejemplo, tres veces por semana, no tendrán nada nuevo que contar. En estos casos yo suelo explicar que con la terapia sucede lo mismo que con los amigos y conocidos: la comunicación es más fluida con las personas que se ven más a menudo que con las que tan solo se ven una vez al año.

Dicho esto, lo cierto es que cada persona es distinta y de lo que se trata es de encontrar una frecuencia que resulte cómoda para ella. Para dar un dato, la mayoría de mis pacientes vienen un par de veces a la semana, mientras que en casos de alto nivel de sufrimiento emocional suele ser muy útil una frecuencia de tres o cuatro sesiones semanales. Cabe decir que también tengo pacientes que sólo vienen una vez por semana, ya sea por motivos económicos o bien porque empezamos así y luego resulta difícil cambiar la dinámica. Establecer un paralelismo entre el grado de profundidad de la terapia y la frecuencia de las sesiones sería absurdo,

pues hay pacientes que llegan a un alto nivel de profundidad con una sola sesión semanal. Antes se hacía una distinción entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, considerando que el psicoanálisis es más profundo y que precisa de un mínimo de tres o cuatro sesiones semanales. A mí me parece una distinción cuanto menos artificial. De hecho, a lo largo de estas páginas utilizaré los términos psicoanálisis/psicoterapia y psicoanalista/psicoterapeuta de forma indistinta.

Un paciente que haga una psicoterapia puede o no medicarse simultáneamente. Si el psicoterapeuta es médico puede encargarse él mismo de ambas cosas. Si el terapeuta es psicólogo, quien suele encargarse de la medicación es un médico. En estos casos es siempre conveniente que el médico y el psicólogo tengan una forma similar de ver las cosas para no dar informaciones contradictorias al paciente. A veces, el terapeuta puede llegar a decir que la medicación es como una anestesia que interfiere en la psicoterapia, y otras veces es el médico quien descalifica la terapia afirmando que tratar los síntomas mediante la palabra es tan ineficaz como tratar a un diabético sin insulina. Estas contradicciones pueden suscitar mucha confusión e inseguridad en el paciente. Yo suelo explicar a mis pacientes que necesitan medicación que me he especializado en psicoterapia y que no estoy muy al día en el ámbito de la psicofarmacología actual. Por ello prefiero dirigirlos a algún colega de confianza.

Para terminar, un par de palabras sobre la cuestión del diván. La imagen generalizada del psicoanálisis suele ir asociada al diván. Clásicamente, se consideraba que los niveles de profundidad que perseguía una terapia psicoanalítica requerían la utilización del diván y una frecuencia de cuatro o cinco sesiones semanales. En cambio, se creía que en una psicoterapia, por el hecho de ser más superficial, el cara a cara y una frecuencia de una o dos sesiones semanales ya bastaba. Según mi experiencia, esta distinción no encaja con lo que sucede en la práctica. Para ciertas personas, el diván presenta la ventaja de evitarles la sensación de que alguien las está observando mientras hablan y, en consecuencia, se sienten más capaces de asociar libremente sus pensamientos. En cambio, hay otras personas a quienes el hecho de no mirar a la cara a su interlocutor les resulta incómodo y sienten que lo natural es sentarse en un sillón. Tras contar esta idea a mis pacientes, dejo que sean ellos quienes decidan. También les ofrezco la posibilidad de probar las dos formas para ver cuál les permite más libertad para explorar sus sentimientos. A bote pronto, diría que la proporción de mis pacientes cara a cara y de diván ronda el cincuenta por ciento, sin que ello tenga nada

que ver con la frecuencia ni el grado de profundidad al que llegamos con nuestro trabajo.

## ¿Qué busca un paciente cuando acude a terapia?

En general, cuando una persona toma la decisión de pedir ayuda es porque lo está pasando muy mal. Pedir ayuda a un desconocido no es fácil, y menos teniendo en cuenta que con ese desconocido tendrá que compartir cosas que probablemente nunca ha confiado a nadie. Así pues, rara vez se da el paso antes de que el sufrimiento emocional sea notable.

Desafortunadamente, a pie de calle se tiene una visión muy folclórica de lo que es una psicoterapia psicoanalítica y, en general, no se la considera como un recurso útil y práctico para combatir con eficacia el dolor mental. Por ello, las personas que acuden a una psicoterapia suelen conocer a alguien que ha pasado por este proceso y está satisfecho de su experiencia. El boca a boca suele ser el mecanismo de difusión por excelencia. En mi caso, por ejemplo, probablemente más de la mitad de pacientes que me llegan lo hacen gracias a la recomendación de mis expacientes.

Por lo general, los psicoanalistas hemos vivido tan aislados que la imagen que proyectamos al exterior es bastante sectaria. Además hemos evolucionado poco y no hemos sabido explicar la utilidad práctica de la psicoterapia. Espero que este libro pueda aportar un granito de arena en la tarea de dar a conocer cómo, en los humanos, las relaciones que vivimos desde niños marcan nuestra forma de ser y cómo la relación psicoterapéutica en concreto puede ayudarnos a cambiarla.

El sufrimiento emocional puede tomar formas infinitas: desde el miedo (a ir a trabajar, a relacionarse con ciertas personas, a que suceda una desgracia que parece inminente, etc.) a la falta de fuerza para vivir (cansancio y desmotivación que causa que cualquier acción cotidiana requiera un esfuerzo sobrehumano). En estos dos ejemplos, ambos sentimientos, de miedo y de estar desvitalizado, derivan de un problema en la regulación de las emociones.

En efecto, las personas muy angustiadas no tienen la capacidad de autorregular su miedo, son como un calentador sin termostato que calienta el agua sin cesar hasta que la falta de control de la temperatura termina por estropear el propio calentador. En el segundo ejemplo, sucede lo contrario: el termostato funciona con demasiada rapidez y

apaga el calentador mucho antes de que el agua llegue a calentarse. Las personas deprimidas sin deseo de vivir bloquean de forma masiva un conjunto de emociones: se produce un bloqueo masivo del sentimiento de esperanza (el futuro se enmarca en un escenario donde sólo pueden suceder cosas negativas), de la iniciativa (se anticipa que cualquier acto que se emprenda no llevará a ninguna parte) y, lo que tal vez es más importante, del placer en el propio funcionamiento.

De modo que una primera respuesta a la pregunta que encabeza este apartado sería la siguiente: el paciente acude a terapia para buscar una forma más eficaz de regular sus emociones, es decir, de controlar las emociones negativas como el miedo y de desbloquear las emociones positivas como el sentimiento de placer en el propio funcionamiento.

Una primera característica que debe subrayarse es que la regulación de las propias emociones dependerá en gran medida de las convicciones emocionales que hayamos ido forjando en el transcurso de nuestra vida. Consideremos, por ejemplo, un miedo concreto como puede ser el miedo a tener un tumor cerebral: si nuestra convicción emocional es que nuestra persona es muy frágil, que está siempre a punto de «explotar», y que, por otra parte, el mundo es hostil y siempre nos expone a situaciones que no podremos resistir, entonces nuestra capacidad de autorregular este miedo al cáncer será muy limitada. En cambio, si a lo largo de nuestra vida hemos ido acumulando la convicción de que las cosas suelen salir bien y que raramente las situaciones sobrepasan los límites tolerables, entonces, aunque una persona cercana muera de un tumor cerebral, podremos pensar que las posibilidades de que nos ocurra a nosotros son reducidas. De esta forma el miedo quedará regulado dentro de unos límites razonables.

La regulación eficiente del miedo no consiste en eliminarlo, sino en mantenerlo a unos niveles tolerables que no interfieran en nuestra capacidad de disfrutar de los aspectos positivos de la vida. Volvamos al ejemplo de la persona que no se puede quitar de la cabeza la convicción de tener un tumor en la cabeza, valga la redundancia. Según mi experiencia, este convencimiento suele ser un indicador de que el paciente tiene una creencia profunda, más o menos inconsciente, de que su persona no está preparada para resistir los reveses de la vida tanto a nivel psíquico como físico. En estos casos, los razonamientos racionales apenas ayudan. Por ejemplo, los resultados normales de un TAC craneal tendrán un efecto tranquilizador muy pasajero, ya que probablemente este miedo al cáncer es la forma en que se concreta o materializa un miedo más

general y más inconsciente de no estar preparado para afrontar la vida. Así, se vive bajo la amenaza de no poder resistir, de acabar «explotando».

En consecuencia, la autorregulación de las emociones va ligada en gran medida a las convicciones que tenemos, con frecuencia no muy conscientes, sobre cómo funciona el mundo y sobre qué podemos esperar o anticipar de este funcionamiento del mundo. A su vez, lo que podemos esperar del mundo va muy ligado a la imagen que nos hemos ido formando de nosotros mismos (nuestro sentimiento de sí y lo que podemos esperar de nosotros mismos) y a la imagen que nos hemos formado de otros, es decir, de lo que se puede esperar de otros. Tal vez cabe añadir que el sentimiento que uno tiene de sí mismo depende en gran medida de lo que uno anticipa de cómo los otros lo valorarán; podríamos decir que nuestra autoestima depende de cómo nos sentimos queridos por otros. Por lo tanto, siguiendo con la respuesta de qué busca un paciente cuando acude a terapia, podríamos decir que viene para que lo ayudemos a cambiar el sentimiento que tiene de sí mismo, de cómo son los otros y de cómo pueden llegar a ser las relaciones con los otros y con el mundo en general.

Un ejemplo práctico me ayudará a explicar mejor lo que quiero decir con la frase de que una psicoterapia sirve para buscar formas eficaces de regular las propias emociones y para cambiar las convicciones que tenemos sobre nosotros mismos y sobre lo que podemos esperar de los otros.

## **Cómo podemos entender a alguien que vive con el convencimiento de tener un tumor cerebral y cómo lo podemos ayudar a cambiar**

*Pedro tenía 18 años cuando me vino a ver por primera vez. Un día, unas semanas antes de nuestra primera entrevista, en una conversación con los amigos oyó hablar de un chico que acababa de morir a causa de un tumor cerebral. Era un chico al que Pedro conocía lejanamente, quizá tan sólo lo había visto un par de veces. Cuando Pedro oyó aquella trágica noticia se sintió conmovido, como seguramente a todos nosotros nos ha pasado en alguna ocasión semejante.*

Es posible que los humanos seamos la única especie animal que tenemos conciencia de la muerte, es decir, somos los únicos que ya desde pequeños (parece que a partir de los 8 años) sabemos que moriremos. Con todo, esta conciencia al principio es bastante débil y probablemente es

bueno que así sea. Los niños y los jóvenes, cuando oyen hablar de una muerte por accidente o por enfermedad, suelen pensar que eso solo les pasa a los demás, por ello las campañas publicitarias de prevención de accidentes de tráfico suelen incidir en el punto de acercar a los jóvenes a la toma de conciencia de que ellos también son vulnerables. A medida que nos hacemos mayores, quizás a partir de los cincuenta años o, en su caso, a partir de la primera enfermedad algo grave, la conciencia de que moriremos se va haciendo más presente en nuestra mente.

*Lo que Pedro no podía imaginar es que esa noticia aparentemente poco trascendente cambiaría su vida de forma dramática. En efecto, pocas semanas después de aquella conversación sobre la muerte de aquel conocido, cuando en apariencia ya lo había olvidado por completo, empezó a despertarse aterrado a media noche con la duda de si él mismo estaba muerto. Poco a poco fue creciendo en él la convicción de que un tumor cerebral lo mataría de forma inminente, y por las noches, en la cama, mientras intentaba conciliar el sueño, no podía quitarse de la cabeza la idea de que al día siguiente ya no se levantaría. Pedro era el primer sorprendido de que la muerte de aquel conocido tan lejano lo hubiera afectado tanto. Racionalmente sabía que no había indicios razonables de que algo no funcionara correctamente en su cerebro. El único rasgo sintomático eran ciertas sensaciones de mareo. Tras un par de semanas aterradoras, con muchísima vergüenza, sabedor de la irracionalidad de su convicción y con el miedo de ser visto como un loco, contó sus terrores a su madre.*

Como iremos viendo en este libro, la vergüenza es una de las emociones más potentes en la determinación del comportamiento de los humanos. De momento me interesa resaltar que, como señaló Rosa Velasco,<sup>1</sup> mi mujer y colega, cuando la vergüenza está mal autorregulada puede convertirse en un potente inhibidor de la iniciativa. ¿Quién no ha vivido en alguna ocasión la experiencia de no poder hacer algo muy deseado por vergüenza? En casos extremos la vergüenza es tan masiva e intolerable que la persona no la puede integrar, es decir, no tiene la capacidad de darse cuenta y ser consciente de que tiene esta sensación.

En terminología psicoanalítica, decimos que los afectos pueden ser «disociados» o «no formulados»; con ello queremos decir que cuando un

1. Velasco, R. (2002). «El sentimiento de sí: estudio de la subjetividad». *Intercambios: papeles de psicoanálisis*, vol. 8 (se puede acceder a través de [www.intercanvis.es](http://www.intercanvis.es)).



afecto es extremadamente insoportable intentamos disociarlo, en otras palabras, intentamos actuar como si no existiera. En otras ocasiones el sentimiento es tan horrible y confuso que no acaba de tomar forma y en estos casos no podemos llegar a experimentar, y mucho menos a expresar en palabras, lo que sentimos. A lo largo de todo este libro desarrollaré la idea de que la conexión emocional, es decir, la actitud empática del entorno, es lo que determina qué podemos llegar a sentir y qué es lo que quedará fuera de nuestra experiencia emocional. Seguiremos con la historia de Pedro, que nos ayudará a irnos familiarizando con esta temática.

*Afortunadamente, la vergüenza que Pedro sentía por todo lo que le estaba pasando no era tan masiva e intolerable como para impedirle hablarlo con su madre. Otra persona en una situación más grave no hubiera podido percibir la vergüenza y sólo habría notado el impulso de huir y refugiarse, por ejemplo, en el consumo de drogas.*

*Pero Pedro había reunido suficientes recursos durante su vida como para no necesitar huir de su vergüenza y para anticipar que su madre lo escucharía con respeto y se esforzaría para entenderlo y ayudarlo. Aunque con inquietud y confusión, Pedro podía anticipar que su madre no se desbordaría, es decir, a partir de las experiencias previas que había tenido con su madre, Pedro podía anticipar que ésta no complicaría más las cosas. Y, efectivamente, la madre le escuchó, no se desbordó, pudo transmitirle calma diciéndole que la obsesión de tener un cáncer era algo relativamente frecuente y que pedirían ayuda a un profesional. Para Pedro, ver cómo su madre no perdía la calma, y lo que es más importante, oírle decir que hay más gente con la misma sensación (y que por tanto él no era la única persona en el mundo en esa situación) fue bastante tranquilizador.*

He aquí un ejemplo de cómo una relación, en este caso con la madre, puede ser un regulador del miedo muy eficaz. Dejando aparte el contenido de lo que la madre le dijo, el simple hecho de que Pedro no la vio demasiado asustada, sino que se mostró totalmente solidaria a su lado y con iniciativa (pedir ayuda a un profesional), o quizás, dicho aún más simplemente, el hecho de que Pedro viera que lo que le pasaba no era tan terrible como para no poder compartirlo, tuvo un potente efecto amortiguador y regulador de su angustia.

Los humanos estamos genéticamente diseñados para regular nuestras emociones mediante las relaciones. Como veremos en el transcurso

del libro, nuestra constitución, que viene determinada por nuestros genes, nos convierte en seres enormemente sensibles a las reacciones con los demás. Es increíble cómo, desde niños, más concretamente desde los primeros días de nuestra existencia, sabemos «leer» información a partir de los gestos y actos de quienes nos rodean. Este es uno de los temas centrales sobre los que me ocuparé: intentaré describir y ejemplificar la altísima capacidad que tenemos los humanos de «leer» la mente de los demás y de poder, por tanto, anticipar sus respuestas. También describiré la altísima capacidad que tenemos de utilizar esa información para regular nuestras emociones.

Como decía antes, Pedro sabía, aunque de manera confusa y poco consciente, que la reacción de su madre no iba a potenciar su vergüenza. Nos encontramos de nuevo con otro buen ejemplo de cómo la relación con la madre es un potente regulador de un afecto, en este caso, de la vergüenza. Si Pedro hubiera anticipado, aunque sin pensarlo conscientemente, que la madre podía reaccionar con un «¡Pero qué dices! ¿Acaso te estás volviendo loco? ¡No tenemos suficientes problemas de verdad como para que ahora tú te inventes uno nuevo!», entonces no hay duda de que el sentimiento de vergüenza de Pedro se habría vuelto tan abrumador e insoportable que la iniciativa de hablar con ella hubiera quedado bloqueada. Es decir, esta posibilidad habría quedado «no formulada» y Pedro, en tal situación hipotética, no habría sido consciente de que una vergüenza abrumadora lo estaba bloqueando, de forma que habría seguido luchando a solas con sus terrores, sin ni siquiera considerar la posibilidad de compartirlos con nadie. Afortunadamente, este no fue el caso.

*Primero me vino a ver a su madre, seguramente era una forma de abrirle paso a su hijo y de explorar también cómo era yo: si inspiraba confianza y si podía animar a su hijo a confiar en mí. Me contó los hechos ya mencionados: la muerte de aquel conocido tan lejano y el nacimiento progresivo de aquella obsesión terrorífica de que a él le pasaría lo mismo. Añadió que el padre de Pedro murió cuando él tenía tan sólo cuatro años. Ahora, ante aquel derrumbe tan catastrófico de Pedro, la madre se planteaba por primera vez que quizá la muerte de su padre le había afectado de una forma hasta entonces insospechada. Me decía que quizá ella no lo había hecho del todo bien, que quizás lo debería haber consultado antes y que tal vez la tranquilidad que Pedro siempre había mostrado desde pequeño era sólo ficticia.*

*Pude tranquilizarla diciéndole que lo importante era que Pedro, en una situación tan confusa y difícil para él, había podido recurrir a ella. Afortunadamente, le dije, el vínculo entre los dos era lo suficientemente saludable como para permitir que Pedro pudiera pedirle ayuda. Añadí que a otros adolescentes que no disponen de vínculos seguros a la hora de afrontar situaciones difíciles no les queda más remedio que tener que recurrir a otras salidas mucho más improvisadas y a menudo autodestructivas. Enseguida me di cuenta de que este comentario la tranquilizó. Mucho más relajada, continuó: «Pedro siempre ha sido poco comunicativo, pero me habría extrañado mucho que en una situación así no me hubiera dicho nada». «Pues se debe felicitar de eso», le respondí.*

La equivocación de atribuir la culpa a alguien siempre que surge algún problema grave es muy frecuente. Pero, en realidad, que surjan problemas no debería extrañarnos. Hay una frase atribuida a Confucio que me encanta y que más o menos viene a decir lo siguiente: «No podemos pretender no caer nunca, lo que sí debemos pretender es levantarnos cada vez que caemos.» En el caso de Pedro no podíamos pretender que la muerte de su padre cuando él era un niño resultara inocua, en cambio, lo que sí podíamos pretender es que en el momento en que la dificultad surgiera, ésta pudiera ser afrontada.

La madre de Pedro había hecho su trabajo. Había creado un clima de confianza hasta donde había sido capaz. Por eso su hijo le había podido pedir ayuda. Ahora me tocaba a mí. Allí donde Pedro no había podido llegar con sus relaciones anteriores, era necesario que pudiera llegar conmigo. Dicho de otro modo: Pedro y yo necesitábamos crear una relación donde él pudiera llegar a sentir y pensar lo que no le había sido posible en las relaciones previas. Para mí, éste es el rasgo esencial de cualquier terapia: que el paciente pueda sentir aquellos sentimientos a los que no ha tenido acceso anteriormente.

*La muerte de su padre, cuando Pedro tenía cuatro años, probablemente fue una catástrofe. Pero él no había tomado conciencia de ello. Apenas guardaba algún recuerdo. Toda su memoria era de un mundo sin padre, por tanto, no había conciencia de pérdida. Su madre, al quedarse sola, impulsada por la necesidad de alimentar a sus tres hijos (Pedro era el segundo de tres hermanos), tuvo que empezar a desarrollar una profesión. Fueron épocas muy duras: la madre trabajaba incluso los fines de semana pero por suerte los abuelos maternos la ayudaron mucho. Pedro tuvo una excelente relación con su abuelo.*

*—Por lo que cuentas, tu abuelo te hizo de padre —le dije yo en una de las primeras entrevistas.*

*—No lo había pensado nunca así —contestó con una expresión de interés y curiosidad—. Es extraño, parece una idea obvia, pero hasta hoy nunca lo había pensado así.*

*Pero no, no era nada extraño. Enseguida, a lo largo de nuestras conversaciones vimos claro que en su casa nadie hablaba nunca de su padre. No había fotos, nunca surgía ningún comentario de si su padre era de esta manera o de la otra. Con mucha vergüenza, Pedro empezó a atar cabos: su padre murió de una enfermedad hepática, probablemente era alcohólico y nadie hablaba de él porque nadie tenía nada bueno que decir. En la familia de Pedro había una ley no escrita, nunca expresada de manera explícita por nadie, pero que todo el mundo «sabía» a la perfección: «no preguntarás nunca por el padre».*

En el tercer capítulo hablaremos con más calma de las leyes implícitas que circulan en las familias sin llegar nunca a hacerse explícitas. No era pues extraño que ese tabú implícito familiar no hubiera permitido a Pedro preguntarse si había echado de menos a su padre o si su abuelo había adoptado el rol de figura paterna.

Este es un buen ejemplo de la clase de inconsciente que, según mi experiencia, resulta útil trabajar en psicoterapia. Se trata de un inconsciente que tiene muy poco que ver con la idea que normalmente se tiene del inconsciente psicoanalítico: el inconsciente lleno de fuerzas oscuras, el de los deseos incestuosos hacia la madre y asesinos hacia el padre.

He observado a menudo que cuando en un diario de información general aparecen los adjetivos «psicoanalítico» o «freudiano», indefectiblemente hacen referencia a ese tipo de fuerzas oscuras: en las páginas de política se habla de que en tal partido político se ha puesto en marcha el «proceso freudiano» de matar al padre (en otras palabras, que el presidente del partido empieza a ser criticado por los líderes más jóvenes que lo quieren sustituir) y en las páginas de crítica de cine se habla de una película «muy psicoanalítica» cuando el protagonista es un voyeur que tiene una fijación en las ligas de mujer, un complemento que lo excita desde niño, desde que espiaba a su madre mientras se cambiaba.

En cambio, el inconsciente que es relevante en la vida real, aquel que intentamos modificar mediante la psicoterapia, es el inconsciente

formado por las reglas implícitas que hemos ido reuniendo a partir de nuestras relaciones significativas. En el tercer capítulo, veremos cómo un grupo de psicoanalistas e investigadores en primera infancia, el Grupo de Boston para el estudio del cambio psíquico, denominan este concepto con la expresión de Conocimiento Relacional Implícito.

*El abuelo de Pedro había muerto pocas semanas antes de que comenzaran sus angustias hipocondríacas. Poco a poco se evidenció que esta muerte también había tenido en él un efecto mucho mayor al que Pedro y el resto de su familia pudieran imaginar. Progresivamente, Pedro tomó conciencia de que tras la imagen aparente que su madre desprendía, una imagen de mujer eficiente y pragmática, había una mujer muy frágil, muy disgustada por la vida, que huía precariamente de su pasado traumático. Poco a poco Pedro se empezó a hacer preguntas: ¿Tal vez su madre se apoyaba más en él de lo que jamás habría imaginado? ¿Acaso no era cierto que desde niño lo había tratado como el «hermano inteligente» que debía echar una mano a sus hermanos con problemas escolares?*

He aquí pues otra forma de ilustrar lo que buscaba Pedro cuando vino a psicoterapia: encontrar un espacio, es decir, una relación, donde pudiera preguntarse lo que jamás se había preguntado. En parte porque en su familia imperaba la consigna implícita de no hacerse determinadas preguntas y en parte también porque eran preguntas muy duras y dolorosas que requerían de una compañía consistente en la que poder confiar.

*A medida que Pedro y yo nos íbamos planteando nuevas preguntas, se nos abrían nuevas hipótesis que investigar. Poco a poco, Pedro empezó a vislumbrar una vaga sensación de desamparo que le había estado acompañando toda la vida. Aunque aún no tenía acceso al sentimiento de pérdida de su padre, ya empezó a tomar conciencia del recuerdo que tenía de cuando, a los diez u once años, solía ir a hacer los deberes a casa de un compañero. Aunque tal vez no lo había pensado nunca con estas palabras, al recordarlo, podía identificar una cierta sensación de envidia hacia su compañero: en aquel hogar había una atmósfera de seguridad y protección de la que Pedro no podía disfrutar en su casa. Poco después apareció un recuerdo que había quedado fuera de su mente hasta el momento: Pedro había «jugado» a imaginar que su madre moría en un accidente y los padres de aquel amigo del colegio decidían adoptarlo. Con cierta sorpresa, constató que se trataba de*

*un «juego» reconfortante e incluso agradable, quizá porque el acento recaía más en la idea de entrar a formar parte de aquel mundo tan protector que en la pérdida de su madre.*

Mi interés y mi compañía pudieron permitirle a Pedro evocar recuerdos que en otras circunstancias hubieran quedado sepultados por el olvido. Probablemente me veía a mí tan convencido de que aquellas investigaciones serían útiles, que les fue perdiendo el miedo. Era justo lo contrario de lo que siempre había vivido en su casa, donde, sin palabras, se transmitía que todo aquello que tuviera relación alguna con la ausencia del padre era tabú. A medida que Pedro empezó a poder sentir de forma clara sus sentimientos de desprotección, entendió también que la muerte de su abuelo materno, unas semanas antes de la aparición de su síntoma hipocondríaco, había agravado de forma franca aquellas vagas sensaciones de desamparo, inseguridad, peligro y amenaza. Progresivamente, comenzó también a intuir vagamente que los miedos de morir mientras dormía eran la forma en que aquellas sensaciones difusas de amenaza se materializaban.

Pedro, por lo tanto, comenzó a tomar conciencia del sentimiento que tenía de sí mismo: un sentimiento de ser alguien muy desvalido y desamparado. Hasta entonces, aquel sentimiento había existido, pero en cambio, no podía ser ni sentido ni pensado porque en su familia se daba por hecho que la única forma de afrontar aquellas vivencias de desprotección era simular que no existían. Poco a poco, la psicoterapia ayudó a Pedro a cambiar estas convicciones emocionales. A medida que, gracias a nuestras conversaciones, podía sentir más claramente las sensaciones de desamparo, también podía empezar a intuir que aquel sentimiento tan grande de indefensión era la causa de su pánico a que un tumor cerebral lo matara o, dicho de otro modo, que su angustia hipocondríaca era la materialización de su sentimiento de ser alguien muy desvalido ante el peligro. Tomar conciencia de aquel sentimiento de sí mismo era el primer paso para poder modificarlo. Poder sentirse tan frágil sin huir de este sentimiento ya era una primera muestra de que era más fuerte de lo que pensaba.

Por otra parte, aprendió que podía utilizar su relación conmigo para conectar con los sentimientos que hasta entonces había tenido prohibidos. Empezó así a cambiar la idea que se había creado sobre los otros. Su historia familiar lo había llevado al convencimiento de que las relaciones servían para negar o evitar los sentimientos de vulnerabilidad. Tal como veremos en el siguiente sueño, la relación conmigo le sirvió para

poder vivir a fondo, por primera vez en la vida, su necesidad de sentirse en buenas manos.

*Una noche Pedro tuvo un sueño muy impactante. Él era un niño, llevaba pantalón corto y paseaba de la mano de un hombre. No lograba distinguir el rostro del hombre; era alguien bastante más alto y, por sus dimensiones, su cabeza quedaba fuera del campo visual de Pedro. En cambio, sí recordaba que la mano del hombre del sueño era muy grande y de tacto calloso, una mano de hombre trabajador que envolvía su manita de forma reconfortante. Paseaban por un paisaje misterioso, entre espectaculares cráteres lunares. Sentía una mezcla de miedo y de emoción aventurera, una fusión muy agradable, como si estuviera aprendiendo a moverse por un mundo nuevo. Pedro tenía el convencimiento de que el hombre del sueño me representaba a mí: esa sensación de emoción con un punto de miedo le recordaba mucho a las sensaciones que experimentaba cuando durante la sesión se emocionaba al recordar escenas de su infancia. Le pregunté por la mano del hombre: ¿El tacto calloso le recordaba a alguien? Sus ojos se humedecieron... le vino el recuerdo de las manos grandes y ásperas de su abuelo.*

## > ACERCA DEL AUTOR

Ramon Riera Alibés, médico psiquiatra y psicoanalista, trabaja desde hace treinta años atendiendo en psicoterapia a pacientes con problemas psicológicos. Empezó como psiquiatra infantil: realización de la especialidad de psiquiatría en el servicio de psiquiatría infantil del hospital Vall d'Hebron de Barcelona (1977-1978), psiquiatra de las escuelas especiales del Ayuntamiento de Barcelona (1979-1983 ) y médico adjunto del servicio de psiquiatría infantil del hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (1984-1988). Durante estos años fue miembro de la junta directiva de la Sociedad Catalana de Psiquiatría Infantil de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y, conjuntamente con los periodistas Enric Frigola y Matilde Almendros, realizó un programa semanal de divulgación de temas de psicología infantil titulado *Escuela de padres* en Radio-4. A partir de 1989 se dedicó a la práctica privada de la psicoterapia con pacientes adultos.

Durante los años noventa, el Dr. Riera empezó a conectar con psicoanalistas de otros países, especialmente de Estados Unidos, que han aportado potentes innovaciones en las formas clásicas del psicoanálisis de entender el funcionamiento humano. Su relación con los llamados autores intersubjetivos (Robert Stolorow de Los Ángeles y George Atwood y Donna Orange, ambos de Nueva York), Joe Lichtenberg, de Washington, autor que revolucionó la comprensión de los sistemas motivacionales de los humanos, Malcolm Slavin, de Boston, quien ha aplicado los descubrimientos de la biología de la evolución en la comprensión de las relaciones humanas, y Karlen Lyons-Ruth, profesora de la Universidad de Harvard e investigadora empírica de los antecedentes relacionales infantiles de la psicopatología adulta, ha tenido una especial influencia en el desarrollo teórico del Dr. Riera. Todos estos distinguidos investigadores del psicoanálisis contemporáneo han sido



invitados por el Dr. Riera a impartir seminarios en Barcelona, y el lector podrá encontrar muchas de sus enseñanzas en este libro, explicadas de forma práctica y comprensible.

Durante la última década, el Dr. Riera se ha ido centrando en el estudio, investigación y difusión de dos innovadoras perspectivas psicoanalíticas que surgen en Estados Unidos: la *psicología psicoanalítica del self* y el *psicoanálisis relacional*. En la actualidad ocupa cargos directivos en las dos sociedades internacionales que dan apoyo a estas tendencias. El Dr. Riera es miembro del International Council de la International Association for Psychoanalytic Self Psychology (IAPSP), del Advisory Board de la International Association for Relational Psychoanalysis & Psychotherapy (IARPP) y presidente de honor de IARPP-España. Como docente, el Dr. Riera es profesor del Máster de Psicoterapia Relacional y coordinador de distintos grupos de estudio sobre psicoanálisis relacional.

En su labor de investigación y difusión de las nuevas perspectivas del psicoanálisis contemporáneo, el Dr. Riera forma parte del consejo editor de las prestigiosas revistas psicoanalíticas *Aperturas Psicoanalíticas e Investigación y Clínica Relacional*, y es *internacional editor* del *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*. En un nivel más divulgativo ha realizado, conjuntamente con su colega, el Dr. Roger Ferrer, y con el periodista Xavier Graset, el programa de Catalunya Ràdio titulado *Psicopatología de la vida cotidiana*.

# > ÍNDICE

Prólogo.....	13
<b>1. Para situar al lector antes de empezar.....</b>	<b>19</b>
Un poco de historia personal.....	22
Algunas nociones básicas sobre qué es una psicoterapia.....	24
¿Qué busca un paciente cuando acude a terapia?.....	27
Cómo podemos entender a alguien que vive con el convencimiento de tener un tumor cerebral y cómo lo podemos ayudar a cambiar.....	29
<b>2. El sentimiento de uno mismo.....</b>	<b>39</b>
Esto no es una pipa.....	42
La tragedia de Dolors.....	47
El psicoanálisis relacional.....	52
Donna Orange.....	56
Ramon Greenberg y la revisión de <i>La interpretación de los         sueños</i> .....	60
El sueño de Dolors.....	64
Kohut y el <i>self</i> (el sentimiento que uno tiene de sí mismo).....	70
Los dos análisis del Sr. Z.....	80
Kohut y el complejo de Edipo.....	87
Comer chocolate para poder llorar.....	94
El efecto Westermarck.....	96
Herodes.....	100
<b>3. La memoria de las emociones.....</b>	<b>105</b>
No recuerdo quién eres, pero recuerdo que me caes bien.....	108
El Grupo de Boston.....	109

Algunos ejemplos de <i>conocimiento relacional implícito</i> .....	112
El inconsciente.....	114
Perdone si he sido demasiado directo.....	117
Leemos nuestras emociones en nuestro paisaje corporal.....	120
La integración de las distintas memorias y las preguntas que nunca nadie le había hecho a Juan.....	126
<b>4. La intersubjetividad</b> .....	133
El primer libro de Atwood y Stolorow.....	135
La biografía de Breger sobre Freud.....	139
El concepto central de la perspectiva intersubjetiva .....	141
Una de las primeras lecciones que aprendí.....	143
El trauma psíquico desde la perspectiva intersubjetiva: Robert Stolorow.....	146
La experiencia de aniquilación personal descrita por Atwood.....	152
La realidad .....	158
Pablo: una historia de falta de validación .....	161
«Fui un niño triste, pero solo lo sabía yo».....	172
<b>5. Un poco de prehistoria de las relaciones</b> .....	179
Los mamíferos: un nuevo estilo relacional.....	185
Una historia muy reciente .....	187
Una buena pregunta: ¿qué es lo que diferencia a los humanos de las otras especies? .....	189
Psicoanálisis y teoría contemporánea de la evolución: Malcolm Slavin.....	193
Las primeras negociaciones.....	201
Los humanos nos hemos especializado en compartir estados emocionales.....	205
Actuar juntos no es lo mismo que colaborar conjuntamente... ..	210
La capacidad de compartir como precursora del lenguaje verbal .....	211
La relación enseñar-aprender .....	216
La cría cooperativa y las primeras conversaciones del bebé.....	220
El gran reto de la psicología contemporánea: ¿por qué la conexión emocional es tan importante para los humanos? .....	223
Un cuento de Schopenhauer sobre puercoespines.....	230

<b>6. Cómo nos vinculamos los humanos</b> .....	235
Las necesidades de apego y de alimentación son independientes la una de la otra y corresponden a dos sistemas motivacionales diferentes .....	235
El modelo de la base segura <i>versus</i> el modelo del padre estricto .....	237
Tres tipos diferentes de apego madre-bebé y la <i>situación</i> <i>extraña</i> .....	242
El hombre que vivía solo contra el mundo .....	244
El patrón vincular resistente .....	246
El hombre que no miraba pasar a los perros .....	246
Del hombre narcisista al hombre que no encontraba la paz ....	247
La correlación entre los entornos relacionales y los patrones vinculares .....	248
Daniel Stern .....	249
Un cuarto patrón vincular: el apego desorganizado.....	253
La historia más triste .....	256
Los estudios longitudinales.....	257
De la desorganización a la disociación .....	261
¿Cómo podemos entender el inconsciente a partir del descubrimiento de los patrones vinculares?.....	265
 <b>7. Un poco de neurociencia aplicada a las relaciones humanas..</b>	 269
Somos memoria.....	270
Qué podemos aprender de la memoria de una babosa.....	272
Las neuronas espejo .....	283
 <b>Acerca del autor</b> .....	 295