

El concepto de la regresión corporal de George Downing¹

Peter Geissler

Con su obra "Cuerpo y palabra en la psicoterapia", aparecida en 1996 en el idioma alemán, George Downing ha descrito de modo detallado y sistemático cómo el trabajo con el cuerpo –que el denomina "regresión corporal"– puede integrarse orgánicamente en una terapia de orientación psicológica profunda o psicoanalítica. Downing, quien no sólo es psicoterapeuta sino que además está integrado en calidad de psicólogo en proyectos de investigación de infantes en el hospital Salpêtrière en París, no sólo incorpora el estado del arte en las nuevas psicologías del desarrollo en sus concepciones teóricas y líneas directrices prácticas relacionadas con una psicoterapia de orientación analítica y centrada en el cuerpo; especialmente meritorio es su esfuerzo por poner al descubierto de qué manera el trabajo de orientación psicoanalítica puede verse enriquecido y profundizado precisamente mediante la consideración del cuerpo como "polo del self" sin obstaculizar o convertir el análisis de transferencia, contratransferencia y resistencia en algo imposible de llevar a cabo. Se ven, más bien, modificados de forma específica.

Muestra con claridad en el contexto de la realización práctica de una terapia cómo se puede alternar entre ambos "polos", el "polo del objeto" (es decir, el trabajo relacional) y el "polo del self" (es decir, el trabajo sobre el self corporal), y esto no sólo en el setting grupal, sino también en un setting individual.

Con la finalidad de ordenar y hacer comprensibles los procesos terapéuticos en su elevada complejidad, requerimos principios ordenadores superordinados. Tales principios ordenadores son, por ejemplo, la diferenciación entre polo subjetivo y polo objetal. Desde el punto de vista del polo subjetivo, es posible describir la psicoterapia corporal de orientación analítica en el sentido de que la auto-experiencia corporal del paciente es abordada y ampliada en una forma empática y diferenciada –muchas veces, a través de la percepción del cuerpo. En ciertos casos, puede ser de significación tocar al paciente –a menudo, sin embargo, el trabajo en el polo subjetivo se lleva a cabo sin contacto corporal-táctil. El material liberado en el transcurso de ese trabajo de exploración es elaborado, con posterioridad, en la relación con el terapeuta. Visto de este modo, también es factible entender la psicoterapia corporal analítica como "trabajo en torno a la imagen corporal" (compárese Maaser, 1999).

Mediante la focalización de la elaboración del material en la transferencia sobre el terapeuta, se trata en esta forma de proceder de una psicoterapia corporal centrada en la transferencia –en contraposición a las terapias

¹ Extractos de "Das Konzept der 'Körper-regression' von George Downing", incluido en Psychoanalyse und Körper (pp. 139-174), editado por Peter Geissler (2001, Giessen: Psychosozial Verlag). Traducción por Ps. André Sassenfeld J. Se ha omitido la bibliografía.

corporales centradas en la energía y los afectos (p. ej., bioenergética, terapia Core, terapia reichiana, etc.) y a las terapias corporales funcionales (p. ej., terapia concentrativa del movimiento, relajación funcional, danzaterapia, etc.). Así, desde el punto de vista del polo objetal puede describirse la psicoterapia corporal analítica en el sentido de que las relaciones objetales internas del paciente (representaciones de objeto) se convierten en centro de atención en la relación con el terapeuta, aún cuando el trabajo terapéutico no tiene lugar exclusivamente *en* la transferencia sino que además incorpora intervenciones escénicas y también procesos de auto-percepción -de modo particular dependiendo del paciente y de las preferencias del terapeuta. El centramiento en la perspectiva relacional tiene el costo de que restringe el espacio para propuestas interactivas corporales y ligadas a la acción, aunque no las hace imposibles. Sin embargo, la intervención muy activa o la instrucción de ejercicios eleva considerablemente el peligro de la manipulación. El paciente quizás aprende -mediante los ejercicios- algo nuevo, pero en ciertas circunstancias la motivación decisiva es la adaptación al terapeuta (en el sentido de seguir las instrucciones de un ejercicio), lo que implicaría que la “nueva conducta” se mantuviera en el sistema de los patrones neuróticos de resolución (compárese Worm, 1999).

Ahora bien, Downing propone una forma de enlazar significativa y originalmente el trabajo sobre el polo del self y el polo objetal. Me parece de especial relevancia la indicación de que Downing entiende su forma de proceder como abordaje “multimodal” -es decir, con utilización de todos los canales sensoriales, donde el terapeuta debe escoger aquel que calza con el paciente. En este sentido, trabajar de manera multimodal no significa proceder *exclusivamente* en términos terapéuticos corporales, sino estar dispuesto a trabajar *también* con el cuerpo porque el nivel del cuerpo es parte de una concepción holística de tratamiento y porque, en determinados pacientes en determinadas situaciones de terapia, está indicado (compárese Vogt, 2000).

En este trabajo, deseo esbozar de modo resumido los que me parecen los elementos fundamentales de la regresión corporal de Downing (los lectores interesados pueden estudiar la obra original, que recomiendo altamente).

Esquemas afectivo-motores y convicciones motoras

Comenzaremos con un concepto importante elaborado por Downing: el *esquema afectivo-motor*. ¿Qué es lo que quiere decir este concepto?

En la temprana infancia, la interacción es un proceso corporal. El papel determinante de la corporalidad y el movimiento, los procesos mutuos de entonamiento y regulación, así como la ausencia de posibilidades simbólicas y verbales de comunicación, llevan a que el bebé forme mucho antes de las convicciones verbales-intelectuales *convicciones motoras* -esto es, expectativas respecto del entorno que se conforman a raíz de experiencias repetidas sobre la base de procesos de aprendizaje y que son incorporados en las interacciones interpersonales. A esto se suman determinadas coloraciones afectivas y evaluaciones cognitivas, tal como mientras tanto se puede evidenciar a través

de numerosos experimentos. El interjuego de los niveles sensorial, motor, afectivo y cognitivo es lo que Downing (1996) llama esquema afectivo-motor, donde el bebé originalmente recurre a versiones innatas y predeterminadas de tales patrones.

Estos esquemas, de los cuales el bebé dispone de toda una serie – Downing los subdivide en esquemas de conexión y esquemas de separación o diferenciación–, pueden ser visualizados como bloques de construcción que forman representaciones tempranas del “self” y del “objeto”. En el marco de los patrones concretos de interacción con las figuras primarias de apego, muchos movimientos con las emociones concomitantes conducen paso a paso hacia el desarrollo subsiguiente de esquemas afectivo-motores particulares y a la formación de tempranas “convicciones motoras” –ya que el nivel motor es aquel nivel que, en un comienzo, domina fuertemente: “Se deben aprender [...] la capacidad de evaluación y las convicciones concomitantes. Por supuesto, estas convicciones no están codificadas en términos verbales, sino que son de naturaleza ‘motriz’” (p. 131).

Vestigios de tales “convicciones motoras” influyen también en la vida posterior el comportamiento del adulto. Las expectativas y convicciones tempranas se constituyen en el contexto de la intensidad, ritmo y medida de la estimulación parental y de la reciprocidad entonada, medida y “adecuada” del intercambio (compárese Kuntz, 2000). La elevada competencia del niño pequeño en los ámbitos perceptual y emocional está dada en cuanto equipamiento humano fundamental, pero requiere ser promovida por las figuras de apego para poder acentuarse de modo óptimo. El conocimiento de acción debe ser adquirido paso por paso para poder ser exitosamente capaz de relación, donde vale como pre-condición: el cuerpo en cuanto fuente de fuerza efectiva y poder debe volverse claro, debe diferenciarse.

Desde la perspectiva de Downing sobre la génesis de las convicciones motoras, los eventos reales son seriamente tomados en consideración.

Los eventos reales influyen la evolución de los esquemas afectivo-motores del infante de forma duradera y estos, a su vez, en conjunto producen sus representaciones tempranas del self y del objeto. [...] Esto no quiere decir que la fantasía no tenga un papel. Evidentemente, el niño puede haber percibido de manera distorsionada eventos reales. Las emociones contienen una evaluación y las evaluaciones pueden ser defectuosas. [...] Aún así, partiríamos de la base de que el núcleo de la fantasía, al margen de cuán distorsionada sea, en la mayoría de los casos contiene una verdad objetiva. (p. 132)

En lo que sigue, Downing dedica su atención a las investigaciones de Mahler, la cual en sus estudios sobre infantes se concentró en patrones prototípicos de movimiento, cuyo destino y formación parecieron jugar un rol central en el establecimiento del estilo habitual de interacción del infante. Mahler se concentró en movimientos de diferenciación, es decir, movimientos que alejan de la madre, que están en función de delimitación y creación de espacio, en concordancia con su idea del proceso gradual de separación e individuación. No obstante, en el transcurso de su crecimiento psíquico temprano el infante debe también hacer entrar en juego esquemas de conexión, es decir,

movimientos en el sentido de acercamiento y búsqueda de contacto con la madre. Estos también deben ser aprendidos con el cuerpo. Tales esquemas de conexión juegan un papel esencial en la estructuración del campo intersubjetivo.

[El niño] debe delinear una representación motriz de sí mismo y de otros en cuanto personas disponibles. Diferentes esquemas de conexión activan diferentes parte del cuerpo en numerosas combinaciones. Especialmente cuando el infante introduce un “contacto visual recíproco”, inicia determinados movimientos del tronco, del cuello y de los ojos [...] (p. 143)

En otras palabras: la conexión del niño con su madre no es algo que se establece por sí mismo, tal como sugiere el concepto de la fase simbiótica de Mahler. “La capacidad de tender un puente hacia los demás también para el infante es el resultado de un viaje paulatino largo. Y también esa ruta cuenta con sus incisiones e inflexiones” (p. 143).

La investigación de infantes ha dejado en evidencia que ya en el nacimiento existen puntos rudimentarios de inicio de ambos tipos de esquemas afectivo-motores. Numerosos análisis con videos han mostrado que

ese cuerpo minúsculo ya está bien equipado corporal y motrizmente para una interacción recíproca. Por supuesto, en comparación con sus cuidadores los recién nacidos disponen de muchas menos posibilidades de movimiento. Pero, tal como ha quedado al descubierto, las existentes son suficientes. Los grupos musculares que regulan los movimientos de los ojos y de los giros de la cabeza funcionan relativamente bien en el nacimiento. Haciendo uso inmediato de estos músculos, el infante toma parte desde un comienzo en el intercambio mutuo -o al menos lo intenta. (p. 146)

Desde el primer día, los matices del intercambio no-verbal entre el bebé y sus figuras de apego tienen influencias evidentes. “Se produce una ‘negociación’ entre el cuerpo minúsculo y el cuerpo gigante. La disfuncionalidad continuada en este intercambio trae consigo huellas duraderas” (p. 149). Haciendo referencia a la investigación del apego de Ainsworth y sus colaboradores (1978), remite a la tremenda significación del contacto físico entre niño y padres. Niños cuyas madres en el ámbito del toque y del contacto físico fueron las más competentes mostraron un apego fuerte y seguro, donde se puso de manifiesto la cualidad del contacto físico como factor decisivo, no así la cantidad.

La sincronía temporal, la capacidad de involucrarse con el niño y la competencia general en el intercambio corporal se manifestaron como los factores centrales. Aquí también pertenece -y esto no puede ser enfatizado en demasía- el espacio o la falta de espacio para que el niño tome iniciativas de contacto físico. (p. 153)

Downing visualiza el material clínico como confirmación indirecta de la influencia determinante de las primeras formas de intercambio del contacto corporal.

Lo que emerge a través del trabajo corporal impresiona: intensas angustias, deseos y esquemas afectivo-motores subdesarrollados que están relacionados con el contacto corporal [...]. Por supuesto, aquí también están en juego temores y anhelos sexuales. Pero mucho de lo que surge en relación con el contacto y el toque tiene más bien un sabor de lo pre-edípico, pre-verbal, pre-sexual. Estamos hablando de una dimensión difícil de aprehender pero, como me parece, fundamental. Nuestras expectativas profundamente inconscientes en relación con nuestra capacidad y nuestro derecho de tocar y ser tocados deben colorear de modo determinante el campo motriz interpersonal. (p. 156)

El trabajo terapéutico con la regresión corporal

La forma terapéutica corporal de proceder que a Downing le ha parecido significativa consiste en una inclusión progresiva de intervenciones orientadas al cuerpo en el proceso analítico de trabajo que en gran medida transcurre de manera verbal; progresivo en cuanto Downing en primer lugar incorpora el cuerpo en una forma muy suave y poco espectacular –esto es, en el nivel de la percepción del cuerpo. En esta forma de proceder, Downing se diferencia relativamente poco de la terapia psicoanalítica o psicológica profunda, la cual también incluye y tematiza –al menos como posibilidad potencial– procesos corporales como cambios respiratorios, actitudes y movimientos. Pero Downing no se detiene en la percepción del cuerpo como forma de intervención: cuando el primer nivel está bien establecido, siguen intervenciones adicionales que gradualmente incorporan más la expresión corporal y el nivel concreto de la acción, las cuales por supuesto en un comienzo gatillan mayor temor en el cliente. Sin embargo, en la medida en la que el cliente se familiariza de manera gradual con esta forma de proceder y los temores iniciales pueden ser analizados, estos temores disminuyen y el grado de la intensidad vivencial aumenta cada vez más.

El *nivel 1* es, así, el trabajo corporal en el ámbito de la percepción con “intervenciones experienciales”, las cuales apuntan en gran medida a la localización corporal de afectos. Preguntas típicas en este nivel son por ejemplo: “¿Dónde en el cuerpo siente usted eso?” O: “Describa dónde en el cuerpo percibe ese sentimiento.” Ya esta suave focalización en el cuerpo modifica, siguiendo a Downing, paso a paso el discurso verbal en cuanto a contenido y estilo. Por medio de la incorporación de intervenciones corporales de este tipo, el discurso se vuelve gradualmente más profunda.

El *nivel 2* consiste en las denominadas “técnicas internas”. En estas, se trata de ayudarle al paciente a focalizar con mayor facilidad determinados estados afectivos, p. ej. a través de la intervención siguiente: “La tristeza que siente –¿podría encontrar usted una posición (postura) en la que pueda sentirla mejor?” Cuando el paciente lo desea y cuando la alianza terapéutica es positiva, por lo común el paciente acepta una propuesta de este tipo. Entonces, a menudo surge algo más de emoción, pero el paciente sigue teniendo pleno control sobre el proceso. Las “técnicas internas” están formuladas de tal

manera, que el yo del paciente puede conservar la regulación. En el nivel 2, el terapeuta se vuelve un poco más directivo que en el nivel 1, pero eso es todo.

El *nivel 3* esta conformado por “técnicas externas suaves”, como pasos preparatorios de una eventual posterior regresión corporal. Ejemplos de esto son: trabajo cuidadoso con la respiración del paciente, tendido o de pie, pero en ningún caso de larga duración. O: “Siga ese movimiento un par de minutos y observe lo que le ocurre; preste atención a sentimientos que surjan.” En este nivel, el terapeuta ya hace propuestas activas o proporciona sugerencias específicas. Por lo tanto, la transición del nivel 2 al nivel 3 representa el mayor salto, el cambio más significativo en el setting terapéutico. Contiene, en última instancia, el abandono del arreglo habitual de las sillas –de pronto, el setting está abierto, ¡y de repente muchas mas cosas se tornan posibles!

El trabajo corporal en el *nivel 4* contiene “técnicas externas fuertes” como trabajos más largos con la respiración, trabajo con posiciones de estrés, masajes profundos, etc. y corresponde en esencia ya al trabajo con fenómenos de regresión corporal. La relación transferencial hacia el terapeuta se mantiene en el fondo, en estas etapas del trabajo no se tematiza, aunque siempre se mantiene presente en la consciencia del terapeuta. En este sentido, el enfoque de Downing debe entenderse como oscilación dialéctica entre análisis de la relación y auto-exploración, donde fundamenta su trabajo con dos premisas:

1. En concordancia con la teoría de las relaciones objetales, para Downing el pasado pre-verbal del paciente representa una parte importante del proceso de cambio en el paciente; en consecuencia, en la terapia debiera alcanzarse y trabajarse con la capa pre-verbal.
2. Las técnicas corporales externas son la mejor vía para trabajar en el nivel pre-verbal del paciente; para él, no existe alternativa para esto. Es verdad que mediante el trabajo en el nivel de transferencia y contratransferencia el pasado pre-verbal también se introduce *un poco* en el campo terapéutico; pero esto no puede compararse con la forma mucho más detallada del trabajo en el “nivel corporal”, que constituye la puerta más importante al inconsciente pre-verbal del paciente.

A juzgar por sus efectos, siguiendo a Downing, mediante la incorporación del cuerpo se produce una “reorganización del self corporal”. Fundamenta esta afirmación haciendo referencia a su teoría de los esquemas afectivo-motores, los cuales “desean crecer”. Recién el trabajo corporal con las técnicas externas posibilita que los esquemas afectivo-motores sean percibidos con claridad en el ámbito de las experiencias pre-verbales y se formen nuevos esquemas.

Momentos de apertura de la regresión corporal

Los primeros indicios de la regresión corporal a menudo son amortiguados y poco claros; el paciente percibe que “algo ocurre”. Desde el punto de vista del paciente, la experiencia parece aminorada y vaga, pero para el terapeuta

formado para manejar la regresión corporal es reconocible y perceptible con facilidad.

Existen ciertos indicadores que permiten reconocer el inicio de una regresión corporal: la experiencia del paciente, el cual de pronto se siente pequeño; determinadas sensaciones somáticas, como por ejemplo: la boca se siente más grande que de costumbre, pero la caja torácica se siente más pequeña, los brazos débiles –todos indicadores de que el paciente hace una regresión hacia una organización corporal de la primera infancia. Dolores que surgen de repente en determinadas zonas del cuerpo pueden estar vinculados con recuerdos, p. ej. de accidentes infantiles.

Depende del terapeuta si acaso se “abre la puerta”. Criterios que resultan útiles en torno a esta decisión o condiciones de que el estado regresivo del paciente puede ser aprovechado de modo productivo se desprenden de la contestación de las siguientes preguntas:

1. ¿Es el paciente capaz de tolerar la aparición de afectos?
2. ¿Cuán dispuesto está a enfrentar verdades dolorosas de su pasado?
3. ¿Cuán firme se encuentra la alianza terapéutica momentánea del paciente con el terapeuta?

En principio, Downing opina que no hay apuro en la exploración de estados de regresión corporal. Para muchos pacientes es mejor trabajar mas adelante en la terapia con estados regresivos, después de que se han acostumbrado a través de trabajos cuidadosos repetitivos con sensaciones corporales a llevar su atención a las experiencias corporales sin atemorizarse. En consecuencia, en un primer momento y durante un tiempo nos alejamos de una exploración rigurosa de experiencias corporales regresivas.

No obstante, puede ocurrir que algunos clientes entren de modo espontáneo en estados corporales regresivos y experimenten angustia. En tales casos, es más conveniente trasladarse al nivel verbal. Muchas veces, la transición hacia el nivel verbal también se produce por sí mismo dado que el terapeuta no interviene en el nivel corporal y deja de hacer propuestas más profundas. El “cierre de la ventana” en muchos casos es algo fácil y también puede desencadenarse a través de un cambio en la postura del cuerpo. Sin embargo, si se desea permanecer en la regresión corporal, se requieren intervenciones alentadoras que mantienen al paciente con su atención en aquellos procesos que se dan en su cuerpo. El terapeuta mismo se dispone completamente hacia las reacciones corporales más mínimas del paciente y hace uso de intervenciones orientadas a la experiencia. En este momento inicial de la regresión corporal, tales intervenciones son necesarias porque el estado regresivo en este punto a menudo es bastante difuso. El paciente percibe que *algo surge*, pero aún no sabe qué es. Falta una lógica de conexión para él reconocible y esto se debe a que el recuerdo emergente está constituido por una multiplicidad de elementos de la experiencia original, los cuales a su vez fueron experimentados en diferentes niveles de consciencia. Mientras el contexto se mantenga poco claro, los elementos aislados parecen no tener un sentido. De forma colectiva, se conforma una “red asociativa”. En este punto, las

intervenciones orientadas a la experiencia ayudan a conducir paso por paso los elementos dispersos hacia el campo de atención.

La red

De acuerdo a Downing, la mejor estrategia de intervención a menudo consiste en trasladarse de un nivel de consciencia a otro. Para él, los niveles de consciencia son:

1. el nivel verbal-cognitivo
2. el nivel de la imagen
3. el nivel emocional
4. el nivel de la sensación
5. el nivel del movimiento

Mientras más enfáticamente se pueden llevar al campo de atención todos los cinco niveles, mayor es la probabilidad de que los elementos dispersos del estado emergente puedan ser reunidos y comprendidos. Aquí se encuentra realmente una clave para el trabajo adecuado con estados regresivos. (pp. 217-218)

Y aquí queda al descubierto que Downing se pronuncia a favor de un abordaje terapéutico multimodal del paciente. El trabajo en el nivel corporal es *una* entre las varias posibles.

Si el proceso terapéutico avanza de modo adecuado, un aspecto del pasado del paciente puede surgir como

-unidad primitiva de relaciones objetales

-representación de una experiencia traumática particular.

Además, debe tomarse en consideración que la mayoría de los estados regresivos son compuestos; están constituidos por

- a. una toma de consciencia lenta y que implica rodeos indirectos de este tipo de representación
- b. el intento continuado de elaborar algunos de sus aspectos irresueltos.

Recuerdos que emergen de esta manera pueden formar parte de la historia temprana del paciente, pero también pueden provenir de su pasado adulto. Los fragmentos mnémicos del período pre-edípico tienen una estructura principalmente somática. Los elementos específicos que pasan al campo de atención pertenecen sobre todo a los niveles de consciencia motor, emocional y de las sensaciones corporales. Elementos visuales pueden hacer aparición, pero muchas veces son vagos; como regla, los elementos verbales están ausentes. Downing llama a este tipo de recuerdos "kinogramas" [Kinogramme]. Con algo de práctica, un kinograma es fácil de reconocer; en su despliegue posterior, la falta la dimensión de las palabras y los pensamientos.

Polo del self y polo del objeto

El primer desafío técnico en el trabajo con la regresión corporal consiste en llevar al centro de atención la representación que gradualmente surge. Se le pide al paciente sentir con más detención el estado y, por así decirlo, reunir datos en torno a él.

Por lo común, el paciente percibe en primer lugar el polo del self; el paciente detalla cómo se siente. Sin embargo, el polo objetal, es decir, el contexto en el cual transcurre la escena emergente, siempre está presente de modo latente y también debe ser elaborada. Una frecuente oscilación entre el polo del self y el polo del objeto muchas veces resulta útil. Especialmente importante es la clarificación del polo objetal cuando están involucrados kinogramas. Sirva el siguiente ejemplo proporcionado por Downing:

Una paciente comenzó a mover rabiosamente su cabeza de un lado a otro. A través de intervenciones orientadas a la experiencia le ayudé a ver cómo se sentía la situación exterior. Mientras reaccionaba frente a sus propios movimientos y algunas imágenes visuales difusas, en ella aumentaba la sensación de que un rostro grande se movía frente a ella de un lado a otro con rapidez y la perseguía como un avión o un insecto gigante. En la terapia ya habíamos trabajado intensamente con recuerdos posteriores de la actitud invasiva de su madre. Pero este y algunas otras experiencias regresivas nos permitieron la confrontación con una capa de recuerdos que, aparentemente, estaba localizado en un nivel más temprano. Con ello, se nos abrió la oportunidad de trabajar con algunos esquemas afectivo-motores de diferenciación que, en ella, al parecer estaban sub-desarrollados. (p. 221)

Impulsos motores incipientes

Los primeros impulsos motores inmediatos constituyen reacciones frente a la relación objetal o a la situación exterior activada. El cuerpo del paciente “desea hacer algo”. Desde el punto de vista del paciente, estos impulsos iniciales son experimentados de la forma “más natural”. El paciente los percibe él mismo o los lleva a cabo y el terapeuta los conduce al centro del interés. Las tendencias motoras de primera aparición proporcionan indicios valiosos respecto del estatus y estado subyacente de determinados esquemas afectivo-motores.

El posterior desarrollo de la regresión corporal sigue una curva de activación propia, es decir, también existen fases de detención sin que esto estaría dando cuenta de una resistencia del paciente. Siguiendo a Downing, en algunos momentos se produce una especie de reunión de fuerzas antes de que el paciente prosiga. La tarea del terapeuta es diagnosticar los esquemas afectivo-motores que emergen paso por paso en relación con las siguientes preguntas:

- a. si acaso son productivos o están distorsionados defensivamente
- b. si acaso faltan ciertos esquemas o si acaso el paciente no se percata de ellos.

Downing parte del supuesto fundamental que recuerda la “tendencia de auto-actualización” de determinadas orientaciones de terapia humanista. Los esquemas congelados tienen la tendencia a crecer, sobre todo cuando aparecen una y otra vez. Esta *fundamental tendencia a crecer de los esquemas afectivo-motores* puede ser estimulada con la mayor facilidad en la condición excepcional de la regresión corporal (compárese Kuntz, 2000).

Otra condición que es importante porque afecta decisivamente el manejo técnico del surgimiento de esquemas afectivo-motores es la siguiente: el paciente muchas veces depende claramente de las intervenciones de apoyo del terapeuta. Este último no puede limitarse a esperar de modo pasivo. Mientras más profundamente el paciente se ha entregado a un estado regresivo, más se siente estando en un mundo extraño. Necesita orientación, que le debe proporcionar el terapeuta. El terapeuta tiene que sintonizarse y ayudar mediante una dirección sutil, ojalá poco directiva, siguiendo la consigna: *pruebe esto, tome esto en consideración*. En otras palabras, la habilidad requerida del terapeuta en esta fase es una comprensión presente (compárese Heisterkamp, 1998) de material clínicamente significativo que comienza a descongelarse desde el ámbito del inconsciente procedural del conocimiento de acción. No obstante, a menudo este mundo de impulsos en un primer momento es tan desconocido, que una dirección clara por parte del terapeuta es imprescindible.

En lo que sigue, Downing describe otros detalles técnicos, como por ejemplo la aclaración de los esquemas mediante la búsqueda de imágenes que transcurren internamente de modo paralelo a los impulsos motores. Diferencia imágenes residuales e imágenes transformadoras. Las imágenes residuales retratan un aspecto de una situación temprana negativa, p. ej. los ojos llenos de odio de la madre. Las imágenes transformadoras promueven la reorganización que comienza; contienen propuestas precisas respecto de qué nuevos pasos en los niveles de la sensación y del movimiento pueden ser explorados por el paciente.

Manejo de las emociones

Downing también explica de modo impresionantemente detallado el manejo de las emociones, que subdivide en emociones propiamente tales y “meta-emociones”. Las meta-emociones son aquellas relacionadas con el surgimiento de este en un primer momento novedoso estado (alegría, preocupación, angustia, etc.). Un ejemplo:

Un paciente que reacciona de manera fóbica frente a la rabia ya ha luchado durante un tiempo en la terapia con este tema. Un día se manifiesta un estado regresivo lleno de rabia y dolor, un evento poco habitual. Y aún así el paciente al mismo tiempo siente alegría, casi se encuentra sobrepasado de alegría; aquí finalmente se muestra algo de la rabia tan discutida y hasta entonces tan poco percibida. (Downing, 1996, p. 230)

Las “emociones propiamente tales” son aquellas que forman parte del estado regresivo. También para esto un ejemplo:

Una paciente percibe en un estado regresivo un anhelo de contacto. Respecto de la pregunta de cómo experimenta esto en su cuerpo, reporta que “algo” “quiere ocurrir” con sus ojos. Explora esto un poco más: sus ojos desean volverse más suaves, derretirse un poco para “dejar entrar algo”. Este es por supuesto un impulso de movimiento: el tejido de minúsculos músculos en la zona de los ojos tiene que cambiar su posición para que el deseado “suavizarse” pueda producirse. Si la paciente además decide llevarlo a cabo – efectivamente soltar y relajar los músculos oculares en vez de sólo imaginárselo–, el anhelo que siente probablemente se intensifique. Si sigue el movimiento, la emoción acompañante se intensifica de forma casi automática, incluso si la paciente lo hace de modo muy cuidadoso,

porque:

No podemos trabajar con una dimensión de un esquema afectivo-motor [del suavizarse de los ojos como esquema afectivo-motor de conexión] sin también tocar la otra. (p. 231)

Las *técnicas de micro-expresión afectiva* son muy adecuadas para el trabajo con estados corporales regresivos. Un segmento muy pequeño del movimiento es explorado con mayor detalle y no el movimiento en su totalidad, así como en el análisis de un sueño uno se puede concentrar un buen tiempo en un detalle y analizar sus diferentes niveles de significación. Dependiendo de los deseos y señales del paciente, el despliegue del impulso en cuestión puede producirse de modo ligero, mediano o intenso. El terapeuta simplemente sigue el ciclo de activación del paciente. En este proceso, también puede surgir más de una emoción de manera paralela. La recomendación técnica de Downing afirma: es conveniente trabajar con la emoción que predomine y con posterioridad prestar atención a las emociones más subliminales, para volver finalmente de nuevo a la emoción dominante.

Detalles técnicos adicionales guardan relación con el manejo de la desesperanza (paralización, apatía, sentirse a merced del otro) como también el papel de las emociones positivas. Conclusión: en el mejor de los casos, es recomendable evitar una idealización de las emociones positivas. En ningún caso se trata de que un paciente se “sienta bien” al final de una sesión. “Un terapeuta puede llevar a cabo un trabajo mucho más efectivo con estados regresivos cuando en términos de sus intenciones se libera de todo resultado afectivo fijo” (p. 238). El objetivo de la regresión corporal es meramente que el paciente logre un contacto con una parte de su inconsciente, que habitualmente está escondida de modo profundo. En este punto, Downing se deslinda de modo muy claro de los objetivos catárticos de las terapias corporales con fundamentos teóricos energéticos:

En esta forma de trabajo, el énfasis está puesto en experiencias graduales de aprendizaje en vez de estar puesto en las descargas catárticas. Esto no quiere decir que las emociones que surgen estuvieran necesariamente amortiguadas; esto puede producirse de formas muy diversas. Pero el criterio que guía es la

utilidad del paso de aprendizaje y no la intensidad de la expresión emocional.
(p. 239)

La actitud básica del terapeuta durante los estados corporales regresivos

En comparación con el psicoanálisis, Downing constata que la situación en la forma de psicoterapia orientada al cuerpo que él practica es más complicada. En el psicoanálisis, la estructuración de la situación interpersonal está claramente demarcada. El terapeuta escucha, de vez en cuando dice algo, pero no toca al paciente. Las reglas son inequívocas para ambos interactuantes. Esta estructura es una garantía de seguridad y autonomía. Una estructura clara de este tipo no existe en la psicoterapia orientada al cuerpo -lo que *no* significa que no existe *ninguna* estructura.

También en la psicoterapia corporal son necesarias las líneas directrices; Downing se pronuncia en contra de una forma de proceder que conceda por principio prioridad a la intuición.

La actitud general de que el terapeuta debe "seguir su intuición" y hacer "lo que parece adecuado en el momento" simplemente no es correcta. Es una receta segura para confusiones en la contratransferencia.

De ahí su conclusión:

Todos los terapeutas que trabajan con el cuerpo deben reflexionar acerca de lo que les parece razonable. Una sesión emocionalmente intensa es, sin embargo, el momento incorrecto para llevar a cabo tales reflexiones. Las líneas directrices que deben ser aplicadas deben haber sido desarrolladas con anterioridad, con independencia de cuál sea su forma. (p. 242)

En este punto Downing está de acuerdo con Stern (1998), el cual también destaca el momento intuitivo en el trabajo con el paciente:

La interacción terapéutica es en esencia improvisación. No se sabe lo que pasará al próximo momento. En ocasiones, algo sorpresivo ocurre y no puede ser encajado de modo ordenado. Ese es el paradigma. (p. 90)

En contraposición a una forma abstinentemente de proceder, el terapeuta se ve exigido a involucrarse en la interacción espontánea con el paciente y, así, necesariamente su subjetividad pasa de modo fuerte a un primer plano. Ocasionalmente, la situación entre paciente y terapeuta puede incluso agudizarse; Stern llama a tales situaciones "momentos presentes". El nivel de ansiedad se eleva en ambos, ambos están en ese momento en el aquí-y-ahora. "Este momento presente muchas veces es percibido como amenaza a la forma habitual de trabajo. De repente, la relación se pone sobre la mesa" (p. 90). En tales momentos, el riesgo para el terapeuta es grande ya que se expone mucho y abandona la técnica conocida. Simplemente existe como personas con todas sus fortalezas, debilidades y vulnerabilidades. En tales momentos, sin embargo,

también se encuentra una oportunidad para un cambio muy positivo del proceso terapéutico.

También las intervenciones terapéuticas corporales, p. ej. toques, no siempre pueden ser planificadas, sino que resultan a partir de la dinámica del proceso. El toque a menudo tiene en esto una función de apoyo. En última instancia, se trata de encontrar un punto medio significativo entre “demasiado” y “demasiado poco” en términos de apoyo. Nunca tocar al paciente es seguramente un error técnico en la psicoterapia orientada al cuerpo ya que el trabajo corporal forma parte del contrato terapéutico. Según Downing, a esto se debe que en la psicoterapia corporal el no tocar puede ser vivenciado con mucha mayor intensidad como carencia que en el psicoanálisis. Pero igual de perjudicial es tocar al paciente de manera automática. Los terapeutas que también exploran la transferencia de forma sistemática advertirán que muchos toques y toques frecuentes conducen a reacciones transferenciales negativas, sobre todo porque los pacientes se sienten con ello muy infantilizados.

La recomendación técnica de Downing: “Recomiendo toques que estén ligados con relativamente poco contacto de superficie. En el caso típico, dejo una mano consolando sobre un hombro, sobre la espalda, el cuello o la cabeza del paciente o tomo la mano del paciente” (p. 245), siempre dependiendo también de la posición corporal en la que el paciente se encuentra en ese momento. En el primer toque, Downing recomienda pedir permiso al paciente. Deben también tomarse en consideración las señales no-verbales del paciente, ya que estas muestran con mayor claridad que las verbales lo que está permitido y lo que no está permitido.

Resulta productivo cuando a ratos, durante los estados regresivos profundos, se ofrecen contactos físicos de apoyo. Pero también puede ocurrir que para el paciente sea una experiencia útil de aprendizaje no recibir apoyo, es decir, desarrollar autonomía. Así, en relación a esto no existe una regla. Como orientación, es importante que el objetivo del trabajo con estados regresivos consista en la exploración de experiencias y no en la producción de experiencias de satisfacción.

Downing se expresa con aún mayor claridad respecto de los reparos que son aducidos una y otra vez por el lado psicoanalítico: respecto de la satisfacción de necesidades.

No se trata de que el paciente no haga experiencias de satisfacción. Todo marco terapéutico trae en alguna medida tales experiencias consigo. Son un componente natural de tal marco. En un setting psicoanalítico clásico, por ejemplo, tales experiencias de satisfacción contienen los compromisos confiables respecto de los tiempos [...], la escucha atenta, interpretaciones útiles y otras cosas más. Dado que representan las condiciones de la terapia, son evidentes. Pero, además, son también experiencias claramente de satisfacción. No obstante, la mayoría de los deseos del paciente (como p. ej. el deseo de contacto con el terapeuta fuera de las sesiones) no son satisfechos [...]. Lo mismo vale para la psicoterapia corporal. La única diferencia estriba en que se agregan determinadas experiencias adicionales de satisfacción a las experiencias fundamentales que forman parte de las condiciones intrínsecas al marco. Estas incluyen, además de una escucha atenta etc., 1. instrucciones verbales para el

trabajo con el cuerpo, 2. toques re-estructurantes (es decir, técnicos) y 3. toques de apoyo. Estos tres elementos adicionales pertenecen a las condiciones de la psicoterapia corporal; en este setting, tienen tanto para el paciente como para el terapeuta una lógica natural. Su meta consiste en posibilitar la terapia. (pp. 246-247)

Toque y apoyo

Downing realiza otra distinción importante: aquella entre apoyo que acompaña y apoyo que responde.

El apoyo que acompaña toca el deseo del paciente de que alguien lo acompañe mientras atraviesa experiencias difíciles. *Esto no es lo mismo que el deseo motor que emerge durante una regresión corporal.* Este puede por ejemplo consistir en morder, agarrar o empujar; puede adoptar todas las coloraciones motoras posibles. El deseo de compañía, sin embargo, es diferente. Este anhelo proviene de otras capas de la personalidad: de aquel sector del yo que “maneja” la totalidad de la experiencia y que desea ser apoyado en ese manejo. *La mayoría de los toques de apoyo son, en efecto, una forma del apoyo que acompaña.* Con ellos, podemos recordar al paciente que está presente una segunda persona y que esta está en contacto con aquello que él o ella está experimentando y de una manera que trasciende las palabras. Por supuesto, muchas veces este acompañamiento sólo puede ser expresado de modo verbal. Pero su forma no-verbal tiene su lugar útil y lógico en la psicoterapia corporal. (pp. 247-248)

El *apoyo que responde*, en cambio, toca directamente el deseo motor mismo y le corresponde. Un ejemplo:

Así, por ejemplo, el paciente puede estar en contacto con una rabia regresiva. A través de una exploración detallada, se hace evidente que el deseo motor correspondiente tiene relación con los límites. Este paciente, nos decimos, en su niñez tuvo problemas en torno a los límites corporales con sus figuras de apego. Algunos de sus esquemas afectivo-motores fundamentales de diferenciación tuvieron escasas posibilidades de desarrollo. Por lo tanto, el deseo del momento corresponde a la necesidad de movilizar y concretar uno de esos patrones de acción [...]. El paciente podría entonces comenzar a hacer precisamente eso. Por ejemplo, experimenta con un movimiento ligero de empujar con el brazo y la mano. En este punto, su deseo se hace más exacto y se expresa como deseo de empujar *y al hacerlo de encontrar una resistencia clara.* Este deseo está vinculado con recuerdos de cómo una figura de apego “simplemente no estuvo disponible” y de que así tampoco fue posible percibir sus límites [...]. Con la finalidad de seguir explorando el esquema, el terapeuta propone prestar resistencia al movimiento de empuje con su propia mano. Si el paciente asiente, esta puede ser una técnica significativa. Juntos pueden entonces experimentar con este interjuego de movimiento y contramovimiento. Pueden probar distintas velocidades, presiones y otros aspectos. Aquí, el apoyo que responde consiste en el movimiento correspondiente, la contrapresión de parte del terapeuta. El contacto ofrecido está exactamente sintonizado con el impulso motor específico del paciente [...]. Seguramente esta es una experiencia de

satisfacción. Se produce en un nivel cuasi-simbólico; pero satisface el deseo del paciente de percibir una resistencia corporal. (p. 248)

En lo que sigue, Downing discute formas específicas de toque y eventuales complicaciones transferenciales y contratransferenciales. Compara las eventuales confusiones que pueden surgir con las confusiones que una madre debe enfrentar respecto de su hijo en la fase de re-aproximación. Si el terapeuta tiene en este proceso las dinámicas que posiblemente estén transcurriendo en su consciencia, puede manejar el intercambio que transcurre con el paciente sin enredarse demasiado. La ocasional utilización del apoyo que responde puede ser de gran ayuda en hacer crecer los esquemas afectivo-motores, en afirmarlos. Ayudas mínimas del terapeuta son en ello indispensables. Diferenciándose de los meritorios intentos de Ferenczi, Downing posiciona su actitud terapéutica básica de la siguiente manera:

El terapeuta no intenta convertirse en la “buena madre” o el “buen padre”. Se mantiene como terapeuta. No cede a la presión de llenar un contenedor sin fondo de necesidad. Al mismo tiempo, sin embargo, ofrece en el trabajo con estados regresivos formas diferenciadas de apoyo. No obstante, al hacerlo sólo ofrece aquello que el paciente puede efectivamente utilizar para el proceso de transformación interior. Y lo hace de tal modo que la confiabilidad fundamental del campo terapéutico se mantenga intacta. (p. 256)

La actividad del terapeuta

En un setting de regresión corporal, el papel del terapeuta debe ser activo. El terapeuta es quien propone determinados experimentos y quien introduce paso por paso el cuerpo en el proceso terapéutico –el paciente no haría esto por sí mismo. Esta forma terapéutica muy activa de proceder es importante y necesaria en especial en los primeros experimentos de este tipo –de otro modo, el proceso de la regresión corporal no se iniciaría. Downing admite esta actitud activa. Toda la estructura del proceso es determinada en gran medida por el terapeuta –la tarea del paciente es decidir una y otra vez si desea continuar en ese proceso o no. Más tarde, cuando la terapia avanza y el paciente se ha familiarizado con este tipo de trabajo, se le anima cada vez más a participar de la estructura de las decisiones dadas. Puede entonces seguir su “proceso corporal” cada vez mejor por sí mismo, puede percibir cuál puede ser para él el próximo paso –en otras palabras, se ha establecido en él una función de piloto (compárese Pessa, 1991) que adopta un rol activo de regulación –de modo similar a las terapias verbales analíticas, en las cuales el paciente con el paso del tiempo también colabora de mejor forma y reconoce y tematiza las propias resistencias y defensas.

El objetivo básico en el abordaje con el cuerpo es la exploración de estados emocionales. La utilidad fundamental de la regresión corporal consiste en

que el cliente 1. llegue a una percepción clara de la emoción, lo que incluye todas sus manifestaciones corporales, 2. que encuentre un lenguaje

aproximadamente apropiado para describir la emoción, y 3. que al menos dé un paso para descubrir a qué se refiere la emoción. (p. 49)

Detrás de esta concepción técnica yace la idea de que en la vida afectiva se encuentran importantes capacidades. No son consideradas como una especie de

atraso interno que debe ser "vaciado" a través de una descarga, sino como área en la que se produce un interjuego complejo de capacidades vitales. Estas capacidades hacen referencia al registro corporal de un afecto, a la mantención de su fluir, a la clarificación de su significado así como a la posibilidad de elección cuándo y cómo este debe ser comunicado y mucho más. (p. 50)

Es decir, lo fundamental es una imagen de hombre en la cual los afectos y sobre todo el manejo de estos adoptan un lugar importante. Es una imagen de hombre en la que el afecto también dispone de un lenguaje, que al igual que el lenguaje verbal sigue su propia lógica. En contraste con la imagen psicoanalítica tradicional del hombre, en la cual el lenguaje verbal sigue siendo considerado como logro superior del ser humano y es colocado en términos jerárquicos en el primer lugar, Downing se suma, siendo él mismo investigador de infantes, al nuevo paradigma que visualiza los procesos no-verbales del lenguaje corporal como "fundamento basal" (una expresión de Daniel Stern) de todos los procesos psíquicos y que, en consecuencia, también y especialmente en una terapia verbal-analítica les concede una significación igualitaria al lenguaje verbal.

La regresión en el contexto de la relación terapéutica

Downing contempla los procesos regresivos en la terapia como indicador de que se está profundizando la relación transferencial. "Cuando surge, introduce una dimensión importante y valiosa nueva en el tratamiento -con la condición de que el terapeuta sepa manejarla" (p. 213). En total, los procesos transferenciales son centrales en la teoría de Downing, de esto no cabe duda cuando se estudia su libro. Pero también muestra que el terapeuta que permite o utiliza regresiones corporales *tiene que* disponer de ciertas habilidades técnicas que trascienden bastante el conocimiento puramente psicoanalítico.

En consecuencia, los desarrollos terapéuticos desventajosos pueden reflejar por un lado un manejo inadecuado del terapeuta del comportamiento del paciente -es decir, una resistencia contratransferencial; pero también estar determinados por una técnica desventajosa del terapeuta, sobre todo cuando el setting terapéutico está abierto a las intervenciones orientadas al cuerpo.

En el nivel relacional, durante los procesos regresivos corporales el terapeuta no se comporta -sobre todo en las fases avanzadas del proceso- como un otro delimitado y tampoco están indicadas las interpretaciones de la transferencia en tales fases. Más bien, se encuentra en forma de apoyo y ayuda disponible para el paciente en el sentido de un entorno maternal, tal como Balint y Winnicott ya lo habían señalado. Es para el paciente como una madre que no es registrada por el niño ya que simplemente está presente. Recién cuando su presencia se interrumpe, el niño advierte su ausencia y reacciona con una

perturbación de su sensibilidad. Los atributos centrales de una relación de fondo como esta o transferencia no objetal son presencia, disponibilidad, empatía y alerta respecto de las necesidades del paciente. Los psicólogos del self hablarían de una transferencia selfobjetal.

También resulta esencial que el terapeuta demuestre para el paciente una cierta realidad emocional. "Lo esencial [...] en esto no es el cumplimiento absoluto de abstinencia y neutralidad que en ciertas circunstancias no promueven la vitalidad" (Bettighofer, 1998, p. 105). Útiles resultan más bien sentimientos de reciprocidad y de un sentido compartido de manera que pueda conformarse un "sentimiento de nosotros". Si se producen perturbaciones en la relación de fondo, el proceso terapéutico se torna superficial o se estanca una regresión corporal en curso (al margen de las fases de tranquilidad que son características de esta). Bettighofer indica que los pacientes no explicitan tales perturbaciones debido a un temor a herir al terapeuta, de modo que en este ámbito se requiere una especial sensibilidad y exactitud de observación de parte del terapeuta (las perturbaciones en el proceso a menudo también se expresan en términos no-verbales, p. ej. en una respiración que se vuelve superficial, una evitación del contacto visual, etc.). El restablecimiento de una relación de fondo intacta es de importancia central y tiene prioridad en comparación con factores genéticos o psicodinámicos, ya que de otro modo existe el peligro que el paciente active un falso self (Bettighofer, 1998).

El trabajo orientado a la regresión en el nivel corporal en una comprensión analítica global del proceso terapéutico es así un proceso complejo y de múltiples capas, en el cual no se trata simplemente -tal como es considerado en las terapias reichianas y neo-reichianas tradicionales- de liberar emociones suprimidas, de permitir que las energías fluyan y de promover la vitalidad. La focalización sobre los procesos relacionales en la terapia por así decirlo resulta ser más exigente y comprende una multitud de grados de complejidad que convierten la psicoterapia corporal analítica en un gran desafío. En muchos sentidos, será necesaria una formación psicoanalítica y terapéutica corporal en cuanto auto-experiencia necesaria pero también en cuanto técnica necesaria. Precisamente, el enfoque de Downing de la regresión corporal muestra que ya no podemos ignorar muchos de los nuevos hallazgos de la investigación de infantes. Una política del pasar por alto, tal como se practica en ciertos círculos psicoanalíticos, no resulta productiva. Más allá, los nuevos hallazgos podrán en el futuro convertirse en un fundamento para una mejor comprensión teórica de la terapia orientada al cuerpo. El trabajo de Downing debe ser considerado, en relación a esto, como hito.

Los críticos pueden considerar que la regresión corporal de Downing -el continuo fluctuar entre el polo del self y el polo del objeto- es una aproximación ecléctica. De hecho, una forma de proceder de orientación analítica restringe las posibilidades del actuar terapéutico de modo decisivo si se pretende poder captar y reflexionar sobre las numerosas facetas sutiles de la relación transferencial-contratransferencial. Por otro lado, en la presentación global que Downing hace de su abordaje terapéutico está contenido un hilo conductor, de manera que en el peor de los casos se podría hablar de un eclecticismo

sistemático-crítico, pero no de un simple intento de integración de técnicas teóricamente incompatibles que debe ser parte de otras nuevas formas de terapia. En todo caso, Downing nos presenta un enfoque terapéutico multimodal moderno que seguramente puede seguir siendo construido y diferenciado.