

ANATOMÍA DE LA EMPATÍA ⁽¹⁾

Robert Lewis, MD.

Traducción: Ana Delgado Mañas

1. Conferencia del XVII Congreso Internacional del IIBA en Salvador de Bahia (Brasil) en Octubre de 2003 y artículo publicado en inglés en el nº 15 (2005) de la revista *Bioenergetic Analysis* del Instituto Internacional de Análisis Bioenergético (IIBA)

I. Introducción

Hoy mi tema es “Anatomía de la empatía”. Usaré el masculino por cuestiones de simplicidad. Pido disculpas por un error del documento en el que se lee “investigación neurológica” y debería decir “investigación neurobiológica”. Miraremos a nuestros modelos Bioenergéticos tradicionales y a los avances más recientes que tiene que ver con la empatía. Aunque en el título de este documento parece implícito que la evolución de la ciencia de la empatía ha llegado al punto en que podría dibujar un mapa de los músculos y sinapsis que están implicadas, concluiré que aun a pesar de los últimos avances tan prometedores, ser empático es todavía un arte clínico. Las imágenes del cerebro artístico confirman que el cerebro derecho media en la empatía. Pero no sólo ayuda a una mejor intervención clínica. De primeras, son más relevantes para nuestro tema, la anatomía comportamental de nuestra expresión facial, de la mirada, el ritmo verbal, la coordinación y la postura. La empatía es compleja. En este documento, construido sobre los insights de Lyons-Ruth (1998), Stern (1985), Tronick (1989), Beebe y Lachmann (2002) y muchos otros (Sander 1977, Weiss 1970, Fogel 1993) distinguiré entre conocimiento implícito y explícito, para poder comprender mejor la empatía. Echaremos un vistazo a los límites del conocimiento explícito, y hasta qué punto el implícito puede hacerse explícito. También argumentaré que una visión no lineal, sino diádica del sistema captura mejor la instantaneidad y bidireccionalidad de la comunicación empática. Por último, mencionaré la paradoja que supone el hecho de que la herida que nos ha llevado a convertirnos en terapeutas, tanto nos permite entonarnos con nuestros pacientes como interfiere con nuestra verdadera forma de ser con ellos. Trataré de ilustrar estos temas con viñetas/pasajes clínicos.

II. Definiciones

A-. EMPATIA: Deriva del griego “*empathia*”, significando afecto o pasión. El nuevo diccionario Webster World College (4ª edición)* define la empatía como: “La proyección de personalidad de uno en la del otro como medio para comprender mejor a la persona; habilidad para compartir las emociones, pensamientos y sentimientos del otro.” Algunos terapeutas como, por ejemplo, Tansey y Burke (1989) adoptan una definición más amplia; somos empáticos, dicen ellos, cuando respondemos a las necesidades de los pacientes, cuando les damos lo que necesitan para estar mejor-aunque ello signifique dejarlos caer (para que puedan re-experienciar y dominar sus traumas internalizados). Respondemos empáticamente cuando recibimos las identificaciones proyectivas, proyecciones que dan forma a nuestra experiencia a medida que profundizamos en nuestra comprensión del paciente. Para otros, Stark (1999), por ejemplo, esta definición más global impide ver la distinción crucial que hay entre, de un lado, la posición empática del terapeuta que responde a algo dentro de la conciencia del paciente -algo que se experimenta cercano- y por otro lado, el terapeuta confrontador que responde a algo que está fuera de la conciencia del paciente. Sin embargo, no quiero desmotivaros tan pronto con mi charla, quizás después.

*N del T: **Empatía** proviene del vocablo griego antiguo *εμπαθεια*, formado *εν*, 'en el interior de', y *πάθος*, 'sufrimiento, lo que se sufre'. RAE 1. f. Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.

La mayoría de vosotros estaréis de acuerdo en que la empatía no es algo fácil de definir por el momento, lo sabes cuando la vives, sabes qué se siente cuando estás en su presencia... Es verdad esto para ti? Pregunto esto porque un colega me dijo que estudios recientes sugieren que la percepción de la empatía es tan efectiva como la realidad! Esto me trae a la memoria un colega, que puede os sea familiar a algunos de vosotros, el cual pedía cuotas altas porque sus pacientes veían sinceridad y honestidad en sus ojos azules. Incluso sus cuotas subieron más a medida que su pelo se hacía gris y los pacientes percibían sabiduría en sus mechones grises. Y al final, sus sesiones no tenían precio cuando le crecieron hemorroides y , como se sentaba con sus pacientes, ellos percibían que sentía de verdad su dolor.

Una última definición, que me parece correcta de Peter Kramer (1989) sobre la fama del Prozac. Dice “Me convertí en esa parte de mi que estaba más cerca de él (su paciente)” (p.138). Si pensamos acerca de lo que Kramer describe, (repite la frase) tiene sentido pensar que ser empático es de alguna manera un proceso para cada uno. Probablemente, es un aspecto común de la neurobiología de nuestro córtex orbito frontal-derecho que nos permite a todos amplificar la resonancia del acorde que golpea/toca la experiencia de nuestro paciente. Pero somos tan complejos y únicos, que esa parte de, por ejemplo 10 terapeutas distintos, ese acorde que resuena, que sería el más cercano a un paciente dado, podría ser sentido por algunos terapeutas en sus tripas/entrañas, por otros en su corazón, etc. Algunos terapeutas podrían sentirse confortables con el sentimiento, otros puede que tuvieran que luchar para tolerarlo y así sucesivamente.

B- IMPLICITO/EXPLICITO: Considero que ayudaría a comprender el fenómeno de la empatía si distinguiésemos entre los modos explícitos e implícitos de conocimiento. Se sustentan en rutas neuroanatómicas diferentes y se definen de la siguiente manera (Beebe y Lachmann, 2002): la memoria implícita se refiere tanto a la memoria emocional como a la procedimental, que están fuera de la conciencia. Los dos primeros años de vida son vividos mayormente a este nivel implícito, razón por la que tenemos un recuerdo explícito limitado de ellos. La memoria procedimental incluye las secuencias de acción simbólicamente, no-codificadas, quienes que guían el comportamiento (p.e montar en bicicleta.) La memoria explícita, como estoy seguro que recordareis, supone un recuerdo deliberado de información y sucesos simbólicamente organizados.

C-. ENFOQUES TERAPEÚTICOS DIADICOS, NO-LINEARES: Mi charla de hoy está basada en esta visión de la terapia y del proceso empático. Según el cual, cada miembro de la diada esta regulándose de manera simultánea a sí mismo y a la interacción. Como dicen Jaffe y col (2001): “En el nivel de las secuencias de acción no verbales, de un segundo a otro, cualquier acción dentro de la relación diádica está conjuntamente definida por ambos compañeros”. Por último, Fogel (1993) nos dice que en un modelo de sistemas, “todo comportamiento se desarrolla simultáneamente en el individuo, a la vez que al mismo tiempo cada uno está modificando y siendo modificado por el comportamiento cambiante del compañero”. Un ejemplo sería el del niño que es demasiado activado (arousal) por el acercamiento facial de la madre, el cual entonces aparta la mirada y/o se toca a si mismo para regular su nivel de arousal. El niño simultáneamente se ha calmado y enviado un mensaje a su compañero. Las investigaciones han mostrado que los padres sólo están afinados/attuned o siendo empáticos entre un 20% y un 30 % del tiempo. Sin embargo, los niños con apego seguro tienen padres que en dos segundos como mucho, siendo seguros y estando bien entonados, permiten al niño el espacio y la libertad para regular a ambos y a la

interacción. La interacción ha sido “reparada” (Tronick, '89). Las investigaciones muestran que este sistema diádico no-verbal-inmediato opera a lo largo de toda la vida.

III. Recuerda que tenemos las herramientas Bioenergéticas, pero no olvides que nosotros somos los instrumentos

El Análisis Bioenergético ha sostenido tradicionalmente que tenemos las herramientas para ver la historia de una persona grabada en la forma y la motilidad de su cuerpo. Esta fue una de las principales contribuciones de Wilhelm Reich (1933, '45). Se podrían pasar años debatiendo cuánto de la historia de la persona podemos ver en su cuerpo, cuánta de la secuencia de aminoácidos de los cromosomas es también parte de ésta, y cómo es estereotipada por el observador (Frey, 1999). Para un estudio empírico en este campo revisar Koemeda-Lutz y Peter (2002). Nosotros, sin embargo, limitaremos nuestro debate a esta visión de Reich para el terapeuta empático. Pero primero, déjenme contarles algunas pequeñas historias.

Los tres profesores Bioenergetistas con los que me vinculé de primeras y que por tanto tuvieron un profundo impacto en mí, fueron Al Lowen, John Pierrakos y Bill Walling. Son los gigantes sobre cuyos hombros yo me mantengo hoy en día. Fueron los tres fundadores del Instituto de Bioenergética. El hecho de que yo sea hombre y de haber sido enseñado por estos tres hombres, hace que haya una falta de la perspectiva femenina en esto que os traigo hoy. Menos mal que Helen tendrá la última palabra mañana ! Ya que Bill Walling fue mi primer y principal terapeuta y dado que murió cuando aun estábamos trabajando juntos, es probable que no tenga tras todos estos años una clara imagen de él. Así que dejadme compartir un poco de mi experiencia con Al y John. Como muchos de nosotros de aquellos tiempos, sentía que ambos se complementaban de una manera profundamente bella. Al era brillante, hombre explícito que podía ver a la persona que tenía delante clara y profundamente. Nunca dijo y tampoco yo lo sentí que se centrara demasiado en sus sentimientos propios para alcanzar la esencia de su paciente. Más bien, una vez me dijo siendo yo paciente en una sesión, que escuchaba mis palabras, pero que con lo que en verdad estaba entonado era con el momento en el que, fuera de la conciencia, mi profundo ser no-verbal se revelaba en un fugaz gesto de ojos, torso, etc. John, por otro lado, era el hombre intuitivo, el cual literalmente cerraba los ojos cuando quería saber qué ocurría dentro de uno. Cuando me sentaba con él, tuve muchas veces la impresión de que me encontraba en algún lugar profundo dentro de sí mismo. Todo lo que sabéis sobre el nombre de Al Lowen, es sinónimo de Bioenergética, pero algunos más jóvenes quizás no sepáis que ambos, John y Al tuvieron un fuerte impacto en la Bioenergética a lo largo de sus más de 20 años de trabajo conjunto. Mi trabajo subraya dos puntos para hoy: (I) La Bioenergética nos proporciona las herramientas para ver y sentir la verdad psicósomática de una persona, y Al y John era maestros cínicos ambos. Pero, en realidad, nosotros somos los instrumentos únicos que nos afinamos con el psique-soma del otro. (II) Mi segundo punto es que (al menos según mi propia experiencia) Al y John, en su modo preferido de entenderme, no solían responder a aspectos míos de los que yo era consciente, y esto, en cierto sentido, era no ser empático.

IV ¿Cuáles son los límites entre lo que podemos ver de manera consciente (explícitamente) de la historia de una persona en contraposición a lo que podemos sentir de sus profundidades y matices (implícitamente)?

Dejadme comenzar con una viñeta sobre el aprender a creer en la propia intuición, que es una condición pero quizás no suficiente para ser empático. Hace muchos años, cuando el Instituto de Bioenergética era joven, había un taller potente en New York, donde Bill, John y Al trabajaban en una esquina distinta de la sala- no puedo recordar quién estaba en la cuarta esquina. Los participantes se movían por la habitación e iban trabajando con cada uno de mis idealizadas figuras de apego. Fue tanto atemorizante como profundamente revelador descubrir que Bill, John y Al se centraban y trabajaban aspectos completamente distintos de cada persona. El mensaje llegó. O bien no había UNA historia que pudiera ser leída a través de la forma y motilidad del cuerpo de cada participante o bien esa historia era tan compleja, que cada uno de mis mentores creían es sí mismos como para trabajar con aquella parte de la historia que les decía algo a ellos en aquel momento.

En relación a cuánto puede una persona saber sobre la historia de otra, espero que no temáis que haya perdido el sentido, si os pregunto (enseño el póster) por qué Mona Lisa está sonriendo. Ésta, por supuesto, es una pregunta que fue propuesta hace 500 años, así que perdonaros si no tenéis la respuesta.

Aunque no soy un experto en Arte y por tanto no estoy en absoluto cualificado para decir qué hace de la Mona Lisa la obra maestra que es, creo que Leonardo Da Vinci tiene algo que enseñarnos acerca de la empatía, sobre cuánto podemos entender de la experiencia del otro. Se dice de Leonardo que era tanto un maestro consumado en captar los detalles de la naturaleza como un hombre fascinado por lo enigmático. En la Mona Lisa, de acuerdo con E.H. Gombrich en “Historia del Arte” (www.artchive.com/artchive/L/leonardo/monalisa_text.jpg.html) Leonardo utilizó una técnica que el mismo denominó “sfumato”. En el “sfumato”, las líneas borrosas y los colores suavizados permiten a la forma surgir con otra y siempre dejar algo a la imaginación. Gombrich, el crítico de arte, describe cómo Leonardo ha dejado dos rasgos de la expresión de la cara de la Mona Lisa deliberadamente confusos/vagos: el rabllo de los ojos y los de la boca. Ésto, dice Gombrich (y muchos otros expertos), es parte del porqué la Mona Lisa parece tan asombrosamente viva: “Verdaderamente parece que nos mira a nosotros y parece tener a una persona en su mente. Como un ser vivo, parece cambiar antes que nuestras miradas y ojos y se asemeja distinta cada vez que volvemos a mirarla.” (p1.) Así que Leonardo ha creado una obra de arte que reta y a la vez ilumina la ciencia y arte clínico de la empatía. Con estas dos áreas cruciales de la anatomía facial confusas, nunca estamos seguros de la manera (humor) con la que la Mona Lisa nos está mirando. Su expresión sólo parece eludirnos. Y naturalmente, cada vez que estamos delante de ella recibimos una expresión que está coloreada por el estado y humor en que estamos en ese momento.

Por supuesto, que los Bioenergetistas trabajamos con la expresión de todo el cuerpo y no sólo de la cara. Sin embargo, cuando echamos un vistazo a las investigaciones más recientes sobre lo implícito, la comunicación empática, en el arte de la clínica, éstas implican la orientación de la cabeza, la mirada, los comportamientos vocales y la expresión facial. Ekman y Friesen (1980), por ejemplo, crearon un sistema para codificar todas las posibles expresiones emocionales de los músculos faciales. Una vez se ha aprendido explícitamente este sistema, los autores postulan que podrás leer lo que

está en el corazón y en la mente a través de los fugaces matices de la expresión facial...una habilidad que es natural sólo en la persona con un talento intuitivo especial. Así que, de alguna manera, las 500 personas que han sido certificadas en el sistema codificado de acción facial son como Bioenergetistas especialistas en la cara. Este sistema lleva 20 años funcionando y es citado extensamente en la literatura. Pero, ¿por qué no han acudido más terapeutas al sistema que dice habilitarnos para leer las mentes? Algunos terapeutas es que simplemente son demasiado flojos para aprender otro sistema, pero otros probablemente estén de acuerdo con la conclusión a que Irwin Yalom tituló en un ensayo “Dos Sonrisas”. Yalom habla en su raíz del dilema de ser un terapeuta empático. A la vez que deseamos conocer al otro profundamente, ya sea nuestro niño, nuestro amante, o nuestro paciente, siempre quedan aspectos desconocidos. El paciente de Yalom sonríe dos veces; cada vez la sonrisa ofrece matices, realidad compleja dentro de ella cuyo significado nadie, posiblemente, podría alcanzar sin conocer los detalles que entrelazan su presente y su pasado. Ni siquiera Ekman y Friesen podrían haber sabido sobre qué estaba sonriendo la paciente de Yalom. El cual llega un poco más lejos diciendo que el paciente es desechado, si asumimos que podemos conocerle completamente. Estoy de acuerdo con él. De hecho, si los avances en la neurociencia llegan al punto en que se puedan tomar imágenes de las actividades secretas de nuestras mentes, quizás tengamos que tirar los cuadros.

También a los participantes de los talleres en los que Al Lowen, John Pierrakos y Bill Walling vieron algo diferente. Quizás más que en el caso de la Mona Lisa, cambiaban de un instante a otro, y mientras se encontraban o no con la mirada única de Al, John o Bill, en ese preciso instante, una conversación no-verbal límbica indicó el material de la próxima sesión.

Por último, de vuelta a la Mona Lisa. La mayoría de vosotros habréis descubierto ya por qué la Mona Lisa está sonriendo. Está sonriendo porque A) piensa que es divertido que la gente intente descubrir porqué está sonriendo, B) está agradecida por el hecho de que Leonarda con su sfumato genial le haya dado esa riqueza y complejidad. Lisa no es distinta de la gente que viene a terapia. Cuanto más nos demos cuenta de que nuestro entendimiento conciente, explícito de ellos no es más que la punta del iceberg (o mejor incluso -diagrama con sistemas explícitos/implícitos-) menos se saldrán de nuestro alcance sus misterios implícitos.

V ¿Cuál es la cualidad o capacidad de presencia que nos permite comprender la experiencia del otro?

La respuesta es que no lo sabemos exactamente, aunque sabemos mucho y lo que sabemos cada vez está más cerca de una unidad psicosomática. Podemos demostrar, por ejemplo, que la cualidad del afinamiento/attunement entre una madre y su hijo afecta al equilibrio o el desequilibrio de las ramas simpática/parasimpática del sistema nervioso autónomo del niño. La experiencia de apego del niño, como propone All Schore, se graba fuertemente en su sistema límbico derecho como modelo relacional futuro. Podemos describir el proceso empático en muchos niveles de organización que son válidos. Hay empatía como “RESONANCIA LÍMBICA” (Lewis, Amini, y Lannon 2000^a p63), empatía en el sentido de “conversación entre sistemas límbicos (Buck, 1994 p266). Empatía como una forma de sentir en el propio cuerpo las sensaciones físicas del paciente (Havens, 1979). Empatía en el sentido de ser esa parte de ti mismo que está más cerca del paciente (Kramer, 1989). A medida que descendemos en el nivel anatómico, déjenme hacer una digresión para recalcar que Alan Schore (2003) ha

incorporado un cuerpo de conocimiento neurobiológico del proceso de la empatía que apunta al sistema límbico derecho y al área orbito-frontal del córtex cerebral. Su hipótesis concreta es que la empatía implica una conversación del cerebro derecho con el cerebro izquierdo. El córtex orbito-frontal derecho, la amígdala y el cíngulo anterior por ejemplo, están directamente y seriamente implicados en la evaluación de la expresión facial, dirección de la mirada y otros comportamientos no verbales que reflejan lo que está ocurriendo en la otra persona. Esta información, sumada al estado autónomo del cuerpo de uno es integrada por el córtex orbito-frontal y otras áreas corticales. Para comprender parte de la investigación neurobiológica original a partir de la que Schore construyó su hipótesis es necesario tener un bagaje técnico del que yo no dispongo. Schore nos ayuda tomando prestado de la Física:

“En física, una propiedad de la resonancia es la vibración armónica simpática, que consiste en la tendencia de un sistema de resonancia a agrandarse y amplificarse concordándose con el patrón de frecuencia de otro sistema de resonancia (p79). Afortunadamente, Schore nos dice en la misma página y en términos clínicos cómo llegar a la “vibración armónica simpática”:

El terapeuta intuitivo, entonado (attuned), está aprendiendo, desde el primer momento del contacto, los cambios en la estructura rítmica del paciente y va modificando su comportamiento de manera fluida y flexible para ajustarse a dicha estructura. (p79)

Déjenme darles un ejemplo de cómo, yo, Bob Lewis, hago esto, o más bien qué me ocurre:

Por ejemplo, mi paciente trae material acerca de lo depravado que se siente, o cuán solo se siente en el cosmos o cuán salvajemente grandioso- el factor común de estos atributos que el paciente trae es que yo no puedo identificarme con ellos fácilmente. Habitualmente es más allá de los confines de Bob Lewis donde yo contemplo. Así que mi primera reacción es algo parecido a “wow!! Qué problema tan horrible tiene esta persona!!”. Entonces, a medida que los momentos o minutos pasan, lentamente voy entrando en contacto con aspectos propios que están en verdadera resonancia con el asunto del paciente. Por ejemplo, Paul, un paciente mío de cuarenta y pocos, triste y solitario, estaba lamentándose con autodesprecio de que no sólo había tenido sexo exclusivamente con prostitutas, sino que además no había tenido lo que hay que tener para insinuarse a cualquier mujer. Como podéis sospechar, yo me sentía cómodamente protegido por una imagen de mi mismo nada parecida a este desafortunado hombre. Lo primero que me vino a la mente fueron aventuras juveniles que certificaban mi virilidad. Pero entonces, cuando me senté resonando con mi paciente, lentamente recordé que sabía de qué estaba hablando exactamente. Cuando tenía aproximadamente 14 años, al principio del instituto, tuve miedo de besar a mi primera novia hasta el final de la relación, la llamaré Susan, aunque su hermano menor me hubiera dicho en el vestuario, y a petición de Susan, que le gustaba mucho a su hermana. Así que a medida que descenden mis defensas e imágenes ideales hacia el material del paciente, cada vez estoy en mayor contacto con mi vulnerabilidad, lo que aumenta mi capacidad de ser empático. No conté a Paul el doloroso recuerdo de Susan que me había aproximado a él. Me hubiera avergonzado muchísimo. Pero quizás algo silencioso le llegó desde mi expresión facial y el cambio en el timbre de voz.

Beatrice Beebe (2002) ha investigado exhaustivamente en el tema del reflejo/espejo facial madre-hijo. Relaciona los siguientes datos a las experiencias tempranas de empatía:

El cómo se atraen y responden las caras de uno es uno de los fundamentos de la intimidad a lo largo de la vida... hasta el punto que las interacciones de espejo facial se correlacionan positivamente, de manera que cada uno va cambiando en la misma dirección afectiva, el niño tiene la expectativa de concordar y estar en concordancia... (el patrón de arousal concomitante y el modo de autorregulación son parte de la situación). La experiencia del niño muestra cómo la visión de los cambios constantes del rostro de la madre hace que sean cada vez más similares a los suyos. A la vez el niño muestra que la experiencia de su propia cara está en constante cambio para hacerse más similar a la de la madre. Estas experiencias de concordancia contribuyen al sentimiento de sentirse conocido, entonado y en la misma longitud de onda. Cada uno afecta al otro para sintonizarse en la misma frecuencia/dirección afectiva, y dicha sintonización provee a cada uno de las bases comportamentales para involucrarse en los sentimientos del otro (88).

¿Cuáles son algunas de las evidencias de importancia sobre el conocimiento intuitivo de que la coordinación lo es todo no sólo en la infancia sino a lo largo de toda la vida? En realidad, son los estudios con adultos los que sostienen que independientemente del contenido del comportamiento, la coordinación y el ritmo por si solos son poderosos organizadores de la comunicación. Los mensajes vitales se envían entre compañeros en este código temporal. Beebe y Lachman (2002) informan, por ejemplo, de que:

Cuando se pide que se converse sobre un tópico neutral, adultos desconocidos se sintonizaban en los ritmos puramente temporales del discurso, independientemente del contenido de éste... Fue de importancia relevante descubrir la relación entre ritmos sincronizados de la conversación y empatía y afecto. Cuando los adultos desconocidos sincronizaban ritmos, se gustaban más y se percibían más cálidos y más parecidos que cuando los ritmos no concordaban. De ahí que la similitud en el patrón temporal del comportamiento comunicativo se haya asociado a la atracción interpersonal y la empatía.

En cambio, un comunicador que habla muy rápido, que raramente hace pausas suficientes para que su interlocutor pueda introducir una palabra, interfiere poderosamente en el intercambio: el interlocutor puede frustrarse y desincronizarse. Los cambios sutiles del ritmo, tales como el titubeo o la interrupción, también afectan a la experiencia de relación (parentesco) del escuchante. En las conversaciones entre adultos, dependemos de los patrones de sincronización temporal para saber que el otro está sintonizado y para tomar los turnos de palabra sin problemas.

Sumada a la importancia crucial de la orientación de la cabeza y la dirección de la mirada, Beebe y Lachman citan a Trout y Rosenfeld (1980) para encontrar que durante las sesiones de psicoterapia (paciente y terapeuta sentados enfrente uno del otro) una mayor relación/comunicación entre paciente y terapeuta se asocian a una mayor incidencia del acercamiento de las partes superiores del cuerpo y del reflejo postural de miembros a modo de espejo. Se deduce de esto que la relación se ve distorsionada si cualquiera de los interlocutores pone en marcha cualquier nivel de orientación aversiva.

Cómo mejor cerrar esta sección que con un pasaje de Donald Winnicott, un maestro temprano y antiguo de la empatía implícita. Aquí lo tenemos en modo procedimental:

El detalle que he elegido para la descripción tiene relación con la absoluta necesidad que esta paciente tenía, de tiempo en tiempo, de estar en contacto conmigo. Una gran variedad de intimidades habían sido tratadas, principalmente aquellas que tenían que ver con la alimentación y el cuidado en su infancia. Había episodios violentos. Al final sucedió que estábamos juntos y yo con la cabeza de ella en mis manos, sosteniéndola. Sin ser un acto deliberado por ninguno de los dos, resultó aparecer un ritmo como el de mecer. Era un ritmo bastante rápido, de unos 70/minuto (pulso del corazón), y tuve que hacer algo para adaptarme a esta velocidad. Sin embargo, ahí estábamos los dos expresándonos mutuamente en términos de un suave pero persistente movimiento de mecer. Nos estábamos comunicando sin palabras. (258).

HASTA QUÉ PUNTO PUEDEN LO IMPLÍCITO Y PROCEDIMENTAL HACERSE EXPLÍCITO

Jeremy Holmes (1993), el autor de una magnífica biografía de Bowlby, quién iluminó la teoría del apego, nos inicia con una observación un tanto fatalista, dependiendo de que seas un buen o un mal terapeuta. Según dice él, los buenos terapeutas, “se hallan a ellos mismos automáticamente imitando los niveles del volumen del discurso de sus pacientes y su postura” (p.156). Peter Fernald, (2000) un colega Bioenergético, dice lo siguiente acerca de sus intentos de tener una respuesta empática: “Trato de posicionar, mi cuerpo, física o imaginativamente de una forma que se parece estrechamente al estado corporal del paciente- a su profundidad y ritmo respiratorio, a su puño cerrado, a su pelvis congelada, y así sucesivamente. Intento hacer lo mejor que puedo para plasmar la experiencia del paciente, para caminar por su psicología, su emoción y su coraza corporal impresa. (P3-4).”

Peter describe lo que la mayoría de nosotros tratamos de hacer, cada uno a su manera. Helen Resneck-Sannes (2002), en su reciente artículo de la Revista del IIBA. Comenta que se sincroniza y resuena con el cuerpo de sus pacientes. El programa de Entrenamiento de California del Sur anima a sus estudiantes, a fijarse desde el primer momento y a escuchar a su compañero diádico, para adoptar su actitud corporal y sentir su historia en el cuerpo. Yo mismo he aprendido a creer y valorar el conocimiento implícito de mis manos. Las cuales muy a menudo saben cómo he de proceder con mi paciente antes de hacerlo. También he aprendido a mirar las manos de mis pacientes, y normalmente me dicen, en el instante, aquello que de otra manera no vería y lo que mi paciente no puede decirme. No debemos olvidar, sin embargo, que confrontar al paciente con la información implícita que puede estar más allá de lo que él/ella quieren o son capaces de tolerar, es no ser empático (pero está es otra viñeta).

Volviendo a los datos empíricos, Beebe, Lachman y Jaffe (1997) encontraron trabajando sobre los “Mecanismos de la Imitación Facial y los Precusores de la Empatía” que:

La similitud en el comportamiento implica una congruencia de sentimientos, una relación entre sincronizar y empatía. ¿Cómo funciona esto? Dos áreas de estudio proponen la existencia de mecanismos potenciales para los precusores de la empatía y maneras de transformar la conducta sincronizada en estados subjetivos compartidos.

El trabajo de Ekman (1983) y de Zajonc (1985) demuestra que sincronizar/imitar la expresión del otro está altamente correlacionado con la sincronización/correspondencia del patrón de activación fisiológico. Ekman demostró que una expresión facial determinada está asociada a un patrón particular de actividad del autónomo. Imitar la

expresión de otra persona produce un estado fisiológico similar en el que imita... Este mecanismo de la empatía es la sincronización/ matching facial, el cual se correlaciona con la sincronización /matching fisiológico. Este mecanismo de la empatía puede ser igualmente relevante para las interacciones cara a cara de adultos en terapia (97',p. 161)

Beebe (2003) es tanto humilde como optimista sobre cuánto puede uno centrarse en el proceso implícito para mejorar la calidad empática de nuestro trabajo clínico. Beebe cuenta que pudo verse en un video con una paciente traumatizada, Dolores. Ella, Beebe, descubrió que hace mucho de aquello a lo que Freedman y col, ('78) denominó contacto auto-regulatorio. Beebe explica:

“Yo sabía que de tanto en tanto me restregaba las manos, especialmente cuando duelen un poquito, pero no me había dado cuenta de cuánto lo hacía...es muy improbable que me hubiera dado cuenta de esto sin la ayuda del vídeo. Tales comportamientos puede que queden fuera de la conciencia de ambos, paciente y analista, sin embargo, son percibidas a nivel subliminal y operan como una información para ambos...Durante una sesión del tratamiento de Dolores, cuando la sentí inaccesible, comencé a frotarme los pies. Lo reconocí como un gesto que había usado a lo largo de mi infancia para dormirme...Comenté a Dolores que me había estado frotando los pies. Entonces, Dolores fue capaz de ofrecerse y hacer la observación de que ocurrió justo cuando ella estaba negando una interpretación de consuelo que yo le hacía, así que yo me consolé a mi misma. Aprecié mucho su observación. Siguió un momento íntimo, en el que ambas nos sentíamos más cercanas y ella expresó arrepentimiento por haber sido tan inaccesible. (133)”

Considero que el comportamiento no-verbal de Beebe centró la atención de la conciencia de Dolores a través del comentario explícito de Beebe. Esta buena disposición a compartir lo explícito, que normalmente es información privada, parece que tocó un acorde empático de Dolores- empático en relación al desconuelo que le estaba causando a Beebe. Dolores, entonces devolvió una sensación implícita a Beebe, expresada explícitamente, un regalo empático. Beebe (03, prensa) continua citando a Karlen Lyons-Ruth, otra entusiasta de la investigación en la relación madre-hijo y miembro del Grupo de Estudio del Proceso de Cambio de Boston. Lyons-Ruth, acuñó el término **“conocimiento implícito relacional”** (1998) para describir mejor lo que se pone en marcha en el proceso empático. Beebe nos dice que:

Dado que el conocimiento implícito relacional está predominantemente fuera de la conciencia, rara vez en el foco de atención, Lyons-Ruth argumenta que “mucho de lo sutil y complejo de lo que el analista conoce nunca es expresado en palabras. Es por esta razón por la que la evaluación de las interacciones de mi video reveló tanto de mi comportamiento que yo no lo podría haber descrito sin ellas, y el por qué era difícil encontrar un lenguaje para describirlas. (p.58)”

Dolores, la paciente de Beebe le dijo que también había sacado algo valioso del visionado de los videos:

“...Viendo el video Dolores descubrió que yo estaba viendo lo que ella “cargaba” en su cara y en su cuerpo, o lo que sentía por ella, sin haber sido capaz de describirlo verbalmente. Viendo mi cara, viendo la suya, y escuchando mis sonidos respondiendo a los de ella, la alerté de su propia realidad afectiva interna...Dolores se encontró a si

misma poniendo mis mismas caras mientras veía el video. Al “ponerse” mi cara Dolores se tornó más consciente afectivamente de su propia experiencia interna, presumiblemente a través del feedback propioceptivo de su cara,... así como a través de sistemas de activación fisiológica.”

Así que al final no es fácil para Beebe decir qué ha aprendido explícitamente. El video la ayudó a confrontarse con cuan poco era consciente de lo que hacía cuando estaba con su paciente. Beebe también dice “que mucho de mi comportamiento no verbal con Dolores estaba basado en lo que los niños me han enseñado” (p.58). Beebe concluye “podemos enseñarnos a nosotros mismos a observar lo implícito, las interacciones no-verbales de manera simultánea a nosotros mismos y nuestros pacientes, expandiendo nuestra conciencia y donde fuere necesario, la del paciente. (p.58). No ser profesor me permite decirlo de manera más sencilla. Nuestros selfs implícito y explícito se vuelven más amigables entre sí. Quizás, algunos de vosotros en esta conferencia, ya hacéis esto. En realidad no tiene tanto que ver con hacer sino con aprender a estar con nuestros pacientes y con nosotros de una manera diferente. No podemos mirar directamente a la cara de Dios, o el sol. Pero nos entusiasamos y nos volvemos más resonantes cuando tenemos una breve visión explícita.

Revela la luz de nuestras vidas a través de un difuso y momentáneo brillo del sol que nunca vemos (Lewis, Amiri y Lannon, 2000b) (p.111).

VI ¿ QUÉ IMPLICACIONES TIENEN PARA LOS BIOENERGETISTAS LAS INVESTIGACIONES RECIENTES QUE PONEN AL PROCESO IMPLÍCITO, RELACIONAL, NO-VERBAL EN EL NÚCLEO (digamos mejor) DE NUESTRO ESFUERZO TERAPÉUTICO?

A) **TIEMPO DE SENTIRSE ORGULLOSO:** Muchos de nosotros, terapeutas de orientación corporal, nos vemos confirmados y validados por la investigación empírica que pone énfasis en la tremenda importancia que a lo largo del ciclo vital tiene la experiencia no-verbal, el cifrado sensorio-motor. Todos parecen estar descubriendo que la experiencia en los primeros años de vida o a cualquier edad, si la experiencia es traumática, es más accesible implícitamente, a nivel corporal. El significado está en el ritmo, la música entre las palabras. Muchos de nosotros hemos pasado bastante vergüenza por hacer, supuestamente una terapia agresiva, sexual y ruidosa. Nuestro trabajo no ha sido habitualmente aceptado como serio, legítimo, una corriente dominante. Quizás sea diferente en Brasil, pero en Norteamérica y en Europa, una terapia que considera igual de valioso el cuerpo que la mente o el espíritu está fuera de juego con la cultura en su mayor parte.

Así que consideren que es momento de sentirnos orgullosos de nuestra herencia. Estoy de acuerdo con Helen Resneck-Sannes, quien en su reciente artículo de la Revista del IIBA (2002), comenta que somos entrenados para ser conscientes de la tensión, la forma, la fluidez, el sonido y la calidez del cuerpo; su lenguaje sensorio-motor debería estar más en nuestra conciencia que el de nuestros colegas con orientación no corporal.

De hecho, las viñetas en este artículo ponen un alto nivel para cualquiera. La sutil manera en que ella se entona con el umbral de tolerancia de activación de su paciente, la proximidad, el modo elegido de comunicación, y sus propias indicaciones corporales, son de un gran calibre. Existe un material de casos

similar en el magnífico libro, anteriormente citado, de Beebe y Lachman ('02) Ellos también centran la conciencia en la intensidad, el ritmo y la duración de los cambios en la mirada, el patrón de discurso lingüístico, la postura y la orientación. Sin embargo, parecen más limitados que Helen y con una orientación como psicoterapeutas más somática, para los que lo que pasa por debajo del cuello sigue siendo tabú.

B). PERO NO DEMASIADO ORGULLOSOS: Aunque podría parar aquí, dejad que me lo complique un poco, retándonos a no complacernos a nosotros mismos demasiado rápido. En lo que se refiere a la validez y legitimidad de nuestro trabajo, tal y como lo percibe la mayor parte comunidad, tengo 3 puntos breves: (I) Primero, dejemos a aquellos que tiene la habilidad, luchar para traer más investigación empírica a nuestra profesión, tal y como Christina Ventling (2002) nos insta en su artículo. (2) Segundo, seamos cuidadosos con la forma en que usamos determinadas palabras como “energía”, la cual definimos en contra de las leyes de la física y (3) tercero, es mi propio sentimiento que todos deberíamos, yo mismo incluido, leer y citar el material que de otros usamos.

De vuelta al gran tema de la empatía...si realmente alcanzo a comprender que el proceso explícito y consciente es la cumbre del iceberg implícito (quizás el núcleo terrestre es una metáfora más cálida que el iceberg...) y que los mensajes de corazón a corazón (de núcleo a núcleo) viajan en fracciones de segundo...**nunca tendré nada claro excepto por unos instantes...**No me queda otra opción que vivir con esa cuestión (Maley 1995). Hay una gran paradoja aquí para nosotros. Necesitamos cuestionar qué hacemos y luchar para validar empíricamente su eficacia. Es sabio esperar que nuestros estudiantes de Bioenergética tengan una explicación razonable a sus intervenciones, una explicación que puedan plantear explícitamente. Al mismo tiempo, los estudiantes deben aprender que sus percepciones y comportamientos se ven influenciadas por un proceso casi instantáneo de movimiento entre ellos y sus pacientes, mayoritariamente fuera de la conciencia. Este es un proceso de humildad para mí después de 35 años de práctica. Puede no ser tan fácil para un estudiante primerizo que quiere respuestas para acallar sus ansiedades. Helen Resneck-Sannes (2002) de nuevo acomete con una nota de optimismo: “Dado que los terapeutas somáticos están entrenados para ser conscientes de sus procesos corporales internos, lo que es inconsciente para el analista, existe en un mayor grado en la conciencia de los analistas entrenados en Bioenergética”. (p.115)

Yo no tengo tanta certeza sobre esto como Helen por una serie de razones:

I. Primero, Helen acababa de nacer cuando yo comencé mi carrera Bioenergética, y yo soy prisionero de la perspectiva de mi generación. Durante años la Bioenergética fue enseñada como una psicología de una persona. Enseñadme, por ejemplo, un lugar en alguno de los libros de Alexander en donde la conciencia sobre sus propios procesos internos le ayudara a sentir la profundidad o especificidad del problema corporal de su cliente. Por supuesto que lo que hemos experimentado y aprendido en nuestras carreras Bioenergéticas cambia de un lugar a otro, y cada uno se acerca a su propio arte con sus modelos y preferencias innatas. Es cierto

que una segunda y tercera generación de profesores y terapeutas Bioenergéticos ha traído a nuestro trabajo una psicología de dos personas (Schindler 2002). Pero también es verdad que, conforme hablamos, nuestro instituto está luchando para integrar esta nueva perspectiva relacional sin perder el poder de su aproximación psicosomática.

II. Segundo: hace sólo unos años, cuando era uno de los facultativos, hacia el final, en la parte de la supervisión del programa de entrenamiento Bioenergético, los estudiantes avanzados hacían “sesiones” delante del grupo. Me di cuenta de que era raro el estudiante que bajo la presión de la observación y el juicio podía sentirse lo suficientemente seguro para entonarse con lo que estaba sintiendo y notando de sí mismo, de su “cliente” y de la interacción. Al contrario, se iba a la cabeza y trataba de idear qué hacer, y predeciblemente, lo que “hacía” no estaba en sintonía/empatía con su cliente. Lo nuevo era que no es que los estudiantes no pudieran estar en el proceso de momento a momento con sus “clientes”. Lo nuevo era que la mayoría de nosotros, incluso después de 30 años, hacíamos lo mismo que los estudiantes cuando nos vemos amenazados por lo que el paciente trae a la terapia. El material de tipo primitivo, caótico, visceral (desgarrador) que no tiene palabras y es dejado en la habitación sensorio-motormente, tiende a amenazar a la mayoría de nosotros. Conmigo es así.

III. Tercero: El problema es mucho más básico que esto. Nosotros somos el problema. Habéis olvidado que Bob Hilton dijo en una ocasión (88-89) “todos hemos sido rotos” (p.74)?, Habéis olvidado que, como Michael Maley (95) nos recuerda somos sanadores heridos ? Me he dado cuenta que cuando me entrego a intentar ser un buen terapeuta y trato de captar la interacción viva en mi mente, tiendo a perderme el estar en el momento con mi paciente.

Solía hacer esto frecuentemente hace años, mucho antes de haber descrito el síndrome del choque cefálico. Pero mi conocimiento implícito, incluso entonces, trataba de ayudarme con el choque de mi cabeza, el choque que me mantenía alejado de una entonación más llena corporalmente con mis pacientes. Momentos después de que el paciente dejara la sala, en el mismo momento, mi mano golpeaba mi frente así (gesto) y me daba cuenta de que me había perdido lo obvio mientras pensaba.

Por supuesto que hemos de pensar y hablar a nuestros clientes. A veces hemos de cortar la acción del momento y descubrir qué se ha representado entre el paciente y nosotros. Con muchas variaciones, esta herida tiene que ver con nuestro no ser suficientemente buenos y valiosos como seres humanos. Así, generalmente sin darnos cuenta, tratamos de redimir ese self roto intentando ser buenos terapeutas. Podemos tratar de convertirnos en terapeutas que están más entonados con las indicaciones sutiles sensorio-motoras de nuestros pacientes y en nosotros. Pero si nos acordamos de que nosotros también hemos sido rotos, y aun estamos profundamente heridos, encontraremos, como Bob Hilton expuso tan bellamente, “... esa parte de mí que se ha estado escondiendo tras mi modo

terapéutico de interacción, a saber, la parte valiosa de mi self para la otra persona.” (p.10).

Así presenté anteriormente la viñeta en la que me sentía suficientemente seguro con mi antipático self, como para llevarlo a la sala con Paul, mi similar e inadecuado paciente. De hecho, suelo aparecer como un terapeuta bastante bueno en mis viñetas. Pero no sería refrescante si me hiciera real y manifestara una serie de fracasos empáticos, o al menos algunas disrupciones y remiendos ? Las últimas investigaciones muestran que incluso las madres e hijos que posteriormente salen de los test con apego seguro, pasan sólo una tercera parte de su tiempo en estados de sincronía/matched. Sin embargo, en 2 segundos, el 70% de los estados de desincronía vuelven a ajustarse, y tanto madres como hijos influyen en la reparación! La neurobiología implícita del niño se organiza en torno a la expectativa de que puede participar en la reparación de las disrupciones afectivas dolorosas (Tronick y Cohn, '89). Algo parecido ocurre en la situación terapéutica entre adultos cuando la cosa funciona.

En el siguiente pasaje, las cosas no funcionaron bien. El paciente se presenta con síntomas orales, con el huesudo pecho colapsado, la respiración superficial. Sugiere profundizar en la respiración para darle más carga en la parte superior del cuerpo. Te dice que odia la sugestión, que cuando lo ha probado en el pasado se ha sentido mentalmente iluminado, pero que nada pasaba, que lo sentía mecánico y manipulativo. Va más allá en su “elaboración”: “mi respiración” dice, “ha de provenir de algo que esté haciendo, algo que se sienta vivo y genuino. Respiraré cuando me sienta preparado de una puta vez para respirar!” Ser un terapeuta empático implica parar la sugestión y preguntar que puede ser aquello que el paciente sienta como “vivo y genuino”. Parece asombrado/aturdido, y crecientemente tocado porque sientes suficiente interés en él como para dejar tu agenda respiratoria. Entonces, es cuando se tiende en el banco y después de algunos minutos de silencio, se puede sentir muerte en su quietud... su respiración apenas si se discierne...se siente la muerte en el propio pecho... y aunque estuvieras bastante asustado...no te sientes cómodo con la muerte...toleras la quietud, sensación vacía y tu temor, y notas cómo tu respiración se ha hecho lenta y superficial...lentamente, para tu asombro, tus terrores comienzan a soltarse e incluso puedes sentir una especie de paz venir hacia ti...después de muchos minutos, tu paciente se vuelve hacia ti y casi sin encontrar las palabras para agradecerte el haberle dejado, dice, deleitarse con su apnea (su no respiración).

Cuando pasa, puedo decir que el nombre del paciente es Bob Lewis. El nombre es real, pero la sesión es una ficción. Es la sesión que Bob nunca tuvo. Cuando Bob se echaba en el banco Bioenergético, nunca tuvo el coraje ni las palabras para decirle a su terapeuta Bioenergético cuanta vergüenza sentía de la muerte en su pecho...para decirle que lo odiaba por no darse cuenta que lo necesitaba pero que no podía decírselo: que su llama interior estaba muy baja. Que él, Bob, no lo haría o no podía respirar desde el lugar muerto de su pecho si su terapeuta no podía estar con él en el Valle de la Sombra de la Muerte. Las palabras que él nunca encontró fueron “Acércate a mi con alma...mi espíritu se ampliará (acelerará en el original) si nutres su llama...y respiraré desde dentro.”

En mi pasaje de cierre, soy el terapeuta, y parece que he aprendido, después de muchas interrupciones empáticas no reparadas, a estar con mi paciente Florence en un modo que habría sido de ayuda para Bob Lewis y su banco Bioenergético. Florence no me era fácil. Normalmente, nos veíamos conversando desde el hemisferio izquierdo, explícitos, con lenguaje adulto..., pero me ponía confuso, molesto y ansioso a medida que la habitación se llenaba con lo primario, lo visceral, la furia intensa, el dolor, y la futilidad. Mi intento típico de defenderme consistía en tratar de recuperar mi equilibrio a través de un rápido repliegue hacia mi hemisferio derecho desde el que señalaba con una voz tanto irritada como lastimera algo inconsistente, algo que no tenía sentido con las palabras y sentimientos de Florence. Florence se asombraría de mi abandono empático y las cosas ya no tendrían arreglo.

Sin embargo, Florence y yo sufrimos de una esperanza inexorable, por lo que seguimos trabajando juntos. Hace poco tuvimos una sesión que apuntaba a que puede que haya unas bases realista para dicha esperanza. Florence estaba en mitad de una experiencia de duelo respecto a que ni su padre ni yo habíamos sido capaces de darle más de lo que ella necesitaba. Quizás lo que más necesita es ser capaz de gritar los intensísimos sentimientos de furia y decepción y dejar que su cuerpo se retuerza en agonía, expresándolo finalmente sin tener que preocuparse por mí. Así que necesito ser capaz de sentir mi cara retorciéndose para tolerar el calor y la pesadez en mi cabeza y mi pecho. A medida que los sentimientos “agonizantes” de Florence sobre el fracaso mío y de su padre, llenaban la habitación, yo podía sentir el vacío, la pena, y el dolor propio (más bien oral) en mi pecho reconstruido, en esencia, el pecho del mismo Bob Lewis que se echo en el taburete Bioenergético hace 35 años. Una o dos veces Florence dice: “No me siento tocada”. A medida que escucho un llanto particularmente crudo de Florence y noto un ligero y tierno sonido salir de mí, le digo que no sé si tocarla sería cubrir mi necesidad o la suya. No estaba seguro de si mi contacto interferiría con la plenitud de su experiencia de que le hayan fallado. Florence me dice cuán valioso es para ella que comparta mi no saber. Tras unos minutos, decido poner mi mano sobre su hombro izquierdo, cerca del corazón. Al rato Florence mueve mi mano diciendo que no le es de ayuda. A medida que asume su doloroso pesar, noto cómo mis manos se han entrelazado en un gesto que a la vez me sorprende y me reconforta/consuela. El gesto se siente bastante fuerte. Mis manos, entrelazadas en un acto de solidaridad, parecen atraer hacia mi un confort y un sentimiento de unidad. Me dicen cuan fragmentado se siente estar ayudando a la impotencia de Florence con mi impotencia para ser ayudada. Me reafirman que soy un todo y que valgo la pena aunque sea un sanador fracasado.

La sesión con Florence que acabo de compartir, demuestra el uso implícito de mis manos para regularme (me sentí entonado a través de mis manos) para mantener un mejor contacto empático con mi paciente. Pero no entrelacé mis manos intencionadamente. Esto es lo mejor que puedo decir para explicar la empatía: de alguna manera, metiéndome en el tema de la sombra, mi foco de conciencia se expandió para incluir más de mi comportamiento implícito. Mi resonancia empática se torna más profunda y sabia cuando me rindo a la vergüenza de no saber y no ver claramente. Sólo así, yo y todos nosotros, sentiremos “el brillo difuso de un sol que nunca vemos”. (Lewis, Amini, Lannon, 2000b) (p.111).

BIBLIOGRAFÍA

- Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Estructuras de Interacción Madre-Hijo y Self Presimbólico y representaciones. *Diálogos Psicoanalíticos*, 7(2): 133/182.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Investigación sobre la Infancia y Tratamiento de Adultos*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, Inc.
- Beebe, B., (2003, in press). *Rostros en Relación: Formas de Intersubjetividad en el Tratamiento de Adultos de Traumas Tempranos*. *Diálogos Psicoanalíticos*.
- Buck, R., (1994). La Neuropsicología de la comunicación: Aspectos simbólicos y espontáneos. *Journal of Pragmatics*, 22, 265-278.
- Ekman, P. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208-1210.
- Ekman, P., Friesen, W., & Ancoli, S. (1980). Facial signs of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1125-1134.
- Fernald, P. (2000). "Bioenergetics and modes of therapeutic action: A response to Martha Stark and Robert Hilton". Presented at the International Conference on Bioenergetic Analysis. Montebello, Canada, May, 2000.
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freedman, N., Barroso, F., Bucci, W. & Grand, S. (1978). The bodily manifestations of listening. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 1, 156-194.
- Frey, S. (1999). *Die Macht des Bildes. Der Einfluss der nonverbalen Kommunikation auf Kultur und Politik*. Bern: Hans Huber.
- Gombrich, E., www.artchive.com/artchive/L/leonardo/monalisa_text.jpg.html)
- Havens, L. (1979). Explorations in the uses of language in psychotherapy: Complex empathic statements. *Psychiatry*, 42, 40-48.
- Hilton, R. (1988/89). Narcissism and the therapist's resistance to working with the body. *The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis* 3(2):45-74.
- Hilton, R. (2000). "Bioenergetics and modes of therapeutic action." Presented at the International Conference on Bioenergetic Analysis. Montebello, Canada, May, 2000.
- Homes, J., (1993). *Attachment theory and the practice of psychotherapy. John Bowlby and attachment theory* (149-176). London: Routledge.

Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. & Jasnow, M. (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66(2) serial No. 264, 1-132.

Koemeda-Lutz, M. & Peter, H. (2002). What do human bodies tell us? In search of statistically significant empirical confirmation for the "language of the body". A study in bioenergetic body diagnostics. *Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis* Vol. 13 (1): 77-94
(Published in German (2001) *Psychotherapie Forum* 9 (20) 51-61).

Kramer, P., (1989). *Is empathy necessary? Moments of engagement* (129-153). New York: Penguin Books USA, Inc.

Lewis, Th., Amini, F., Lannon, R. (2000a). Archimedes' principle. A general theory of love (35-65). New York: Vintage.

Lewis, Th., Amini, F., Lannon, R. (2000b). Gravity's incarnation. A general theory of love(100-120). New York: Vintage.

Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing. *Infant Mental Health Journal*, 19,282-291.

Maley, M. (1995). *Living in the question*. Minneapolis: Bodysmart Publications.

Reich, W. (1933 in German). (1949). *Character Analysis*. New York: Noonday Press (Farrar, Straus & Cudahy).

Resneck-Sannes, H. (2002). Psychobiology of affects: Implications for a somatic psychotherapy. *The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis* 13(1). Winter, 2002. 111-122.

Sander, L. (1977). The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. In M.

Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *Interaction, conversation, and the development of language* (pp. 133-156). New York: Wiley.

Schindler, P. (2002) *Geschichte und Entwicklung der Bioenergetischen Analyse*. Pp. 27-48:

Koemeda-Lutz, M. (Ed.) *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel*. Basel: Schwabe Verlag.

Schore, A., (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W. W. Norton & Co., Inc.

Stark, M., (1999). *Modes of therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of an infant*. New York: Basic Books, Inc.

Tansey, M. & Burke, W. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *The American Psychologist*, 44, 112-119.

Tronick, E., & Cohn, J. (1989). Infant mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and miscoordination. *Child Development*, 59, 85-92.

Trout, D. & Rosenfeld, H. (1980). The effect of postural lean and body congruence on the judgement of psychotherapeutic rapport. *Journal of nonverbal behavior*, 4, 176-190.

Ventling, C. (2002) The significance of scientific research for bioenergetics. *The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis* 13(1) 1-20.

Webster's New World College Dictionary, Fourth Edition. (2001). Foster City, CA: IDGBooks Worldwide, Inc.

Winnicott, D. (1989). Mother-infant experience of mutuality. *Psychoanalytic explorations* (251-260). Cambridge, MA, Harvard Univ. Press.

Yalom, I., (1989). *Two Smiles. Love's Executioner* (167-186). New York: Harper Collins

Zajonc, R. (1985). Emotion and facial efference: a theory reclaimed. *Science*, 228, 15-22