

bernhard schlage

bodypsicoterapeuta, autor



## Regulación del tacto y los afectos

Integración postural, habilidades traumáticas y herramientas para la psicoterapia orientada al cuerpo

### RESUMEN

Basado en nuevas investigaciones neurofisiológicas, este artículo explora cómo el tacto influye en diferentes áreas de nuestro cerebro a través de los receptores nerviosos, y cómo diferentes técnicas de tacto apoyan la necesidad del cliente de regular su afecto. Siguiendo el enfoque propuesto por Allan Schore para la regulación del afecto, el artículo demuestra qué es lo que favorece la expresión emocional y el desarrollo de un yo interior resistente. Detalla cómo trabajar con el ciclo afectivo y el trauma y profundizar en nuestra comprensión del concepto de ventana de tolerancia para apoyar a los clientes que sufren emociones demasiado fuertes y dolorosas, así como a aquellos que luchan con una falta general de emociones.

### In el principio

Empecemos por considerar el primer contacto entre un cliente y un terapeuta. Supongamos que nos ponemos en contacto con una nueva clienta por teléfono; la clienta, una mujer, se presenta y oímos la voz de la otra.

Como de costumbre, empezamos a relacionarnos a través de las señales enviadas y recibidas:

- ¿Cómo expresa el cliente su interés por la terapia? ¿Principalmente en términos técnicos? ¿En términos de necesidades y deseos? ¿Tiene dificultades para hacerse entender debido a las emociones que surgen?
- ¿Cómo resuena la voz del cliente en nosotros como terapeutas? Nuestro sistema de compromiso social (Porges, 2001) a menudo asocia rostros y cuerpos a las personas con sólo oír sus voces.
- ¿Qué sentimientos surgen sobre la otra persona, aunque no estemos entrenados para percibir el "elemento chino primario" de su voz (Ohashi, 1992)?
- ¿En qué parte de nuestro propio cuerpo resuena la voz del cliente

mientras le escuchamos?

- ¿Qué lenguaje sensorial utilizan los clientes? ¿Visualizan? ¿Hacen referencia a sus sentidos y sensaciones corporales? ¿Utilizan un diálogo de voz interior?

Percibimos abundante información de los clientes antes de conocerlos físicamente.

## **FASE 1**

### **Cómo el vínculo regula las posibilidades de contacto**

En nuestra primera interacción en directo, abordamos la relación entre la imagen interior que podemos haber creado y la realidad del cliente. ¿Qué expresiones faciales muestra el nuevo cliente en esta primera

¿Contacto? ¿Sonríe o está a punto de llorar? ¿Se siente el contacto cara a cara como si hubiera una gran distancia entre nosotros? ¿Nos enfrentamos a ojos escépticos que nos observan? ¿Cuál es la calidad del apretón de manos? ¿Es fuerte, como un bulldog apretándonos los huesos, o flojo, como un plumero? ¿Y cómo se relaciona esto con la tensión general de la persona que tenemos delante?

Esta escena inicial está llena de información sensorial detallada sobre el estilo de interacción de su cliente. Como psicoterapeutas corporales, utilizamos nuestro propio cuerpo como regulador psicobiológico interactivo de las emociones que surgen en nuestro cliente (Diamond et al., 1963; Schore, 2001b). Courtois (1999) describe cómo un cliente traumatizado, debido a su dolorosa experiencia pasada, puede tener dificultades para sentirse a gusto comunicándose en una relación terapéutica. Por lo tanto, los terapeutas estamos llamados a ser creativos con respecto a los patrones de interacción conscientes e inconscientes.

En un nivel fundamental, podemos percibir si un cliente carece de sentimientos y presenta una máscara más o menos amable. Sus emociones pueden estar en hipoactivación (para una descripción de la hiperactivación y la hipoactivación, véase Post et al., 1997), y puede parecer que no hay nada con lo que relacionarse. Es posible que haya incluso menos, un silencio que no comprendemos, algo así como un profundo agujero negro, un vacío que se abre cuando estamos en contacto, pero que no podemos tocar de ninguna manera. Tal vez sea lo contrario. El nivel básico de interacción es la hiperactivación, con mucho dolor que aflora durante el primer contacto: lágrimas causadas por algo que ha sucedido de camino a la sesión o en los días anteriores a nuestro encuentro. Es posible que un cliente tenga fantasías sobre nuestras habilidades como terapeutas. Puede que haya leído algo en Internet que le haya conmovido profundamente, o que haya visto algo en nuestros ojos que le provoque desconfianza.

¿Cómo nos relacionamos los terapeutas con esta situación? ¿Nos tomamos el feedback emocional como algo personal; por ejemplo, como el resultado de nuestro buen o mal marketing? ¿Nos recostamos con rostro tranquilo (Hornak et al., 1996), limitándonos a observar lo que percibimos? ¿Intentamos diversas

acciones interactivas para explorar cómo afrontar la situación? ¿Somos conscientes del cambio que se produce en nuestra voz durante este primer contacto?

¿Qué ocurre con la autoorganización de nuestro propio cuerpo durante el contacto con el cliente? ¿Nos sentimos cómodos? ¿Tenemos los brazos cruzados, las piernas? ¿Nuestra reacción ante el cliente es relajada, de gestos abiertos? ¿Nos sentamos frente a él con los brazos relajados, reflejando y adoptando sus expresiones faciales? ¿Somos capaces de seguir sus gestos para acercarnos a su significado? ¿Les proporcionamos información sobre su expresión facial y sus gestos? ¿Somos capaces de regular sus emociones durante este primer contacto, o nos sentimos abrumados por sus emociones? (Sobre la intención endógena del cerebro humano de permanecer en relación, véase Dunn, 1995, p.724).

Durante esta primera fase, atendemos a nuestro propio sistema de compromiso social y al de nuestro cliente (Porges, 2001) para encontrar interacciones sintonizadas que nos permitan a ambos compartir sentimientos centrales internos, así como para apoyar límites claros y la correulación. Esto es necesario para ambos. Para lograrlo, necesitamos un entorno de conexión casi simétrica, con sólo una pequeña cantidad de jerarquía y un sistema de retroalimentación recíproca fiable. Esto difiere por completo del antiguo paradigma terapéutico del terapeuta como una pizarra en blanco que observa las luchas de transferencia del cliente desde una perspectiva objetiva: "El observador de una situación forma parte de la situación" (Greene 2004, sobre la "teoría de la relación de incertidumbre" de Heisenberg) Sobre todo, nuestro sistema de compromiso social es un buen regulador interno para las cuestiones de contacto e interacción que puedan surgir.

En esta primera fase, mientras compartimos espacio y tiempo dentro de la relación terapéutica, empezamos a dar feedback sobre nuestra experiencia en el aquí y ahora. Tenemos en cuenta sentimientos de los que ambos podemos o no ser conscientes, como el sonido, la fuerza o el ritmo de la voz, pequeños movimientos corporales o gestos, o cómo nos sentimos con respecto al vínculo en proceso. Entrenamos la capacidad de nuestro cliente para percibir y dar feedback de forma corporal, del mismo modo que los buenos padres interactúan con sus hijos: dando feedback, estando presentes con todos los aspectos humanos del ser: expresión corporal, postura, atención e información sobre el vínculo. Más adelante, incluiremos también los componentes inconscientes de las interacciones. Y cuando se ha establecido una base terapéutica fiable, añadimos la lectura corporal (Prester y Kurtz, 1976).

Más adelante, podemos alternar entre estas primeras estrategias de regulación y los siguientes métodos de autorregulación para seguir recreando situaciones terapéuticas de confianza y seguridad. Proporcionamos el espacio que permite un entorno de aprendizaje tanto para el cliente como para el terapeuta.

En esta fase inicial, podemos decidir si seguir adelante con nuestra modalidad específica de psicoterapia corporal o centrarnos en estrategias terapéuticas orientadas al trauma. A pesar de que, desde los años 90, existe una base cultural que sugiere que todos los clientes están traumatizados, algunos buscan ayuda sólo para hacer frente a fuertes experiencias de ansiedad. Sólo algunos de nuestros clientes presentan el tipo de trauma definido como la experiencia subjetiva de una situación que amenaza la vida sin la posibilidad de luchar o huir, y que conduce a la experiencia, tras la situación traumática, de una falta de vínculo afectivo para calmar la reacción nerviosa

autónoma (Levine, 2010).

## **FASE 2**

### **Cómo regula el cuerpo la calidad del tacto**

En la segunda fase, la intención es rastrear el cuerpo para dotar de recursos a los clientes (Ogden, et al., 2010). Esto significa apoyarles para que imaginen un lugar bueno y seguro, mejorar su sensación de estar centrados en el cuerpo y, en particular, reforzar su capacidad para diferenciar entre una sensación corporal y la interpretación emocional de una sensación corporal. Más adelante, esto les ayudará a calmar la hiperactivación emocional o, si se encuentran hipoactivados, a favorecer la autoactivación emocional.

Sea cual sea nuestra especialización en psicoterapia corporal, desde el encuentro inicial debemos tener en cuenta los detalles de nuestra experiencia inicial de la situación vincular:

- La distancia que elegimos cuando trabajamos con un cliente.
- Cómo apoyamos sus gestos y qué tipo de gestos nos parecen significativos para el trabajo que tienen por delante; por ejemplo, puede que queramos animar a un cliente a ampliar un gesto para descubrir su significado.
- Jugar con las señales corporales inconscientes que percibimos en el encuentro inicial.
- Llevar más conciencia a una determinada zona del cuerpo en la que se sientan cómodos e invitarles a respirar más profundamente en esa zona.
- Llamar su atención sobre pequeños cambios en esa zona: diferencias de temperatura o percepción del color bajo la piel.

Esta lista describe el *grounding*, un término que tiene su origen en la Bioenergética (Lowen, 1975; Ogden et al., 2010), y que más tarde se desarrolló en el concepto de *embodiment of experience* (Hüther, 2011). El enraizamiento no es solo un término, sino un conjunto de técnicas que nos permiten rastrear recursos somáticos buenos y fuertes junto a los recuerdos traumáticos o por debajo de ellos.

Durante esta segunda fase, es la conexión cliente-terapeuta la que enseña a los terapeutas a elegir sus intervenciones, y a los clientes a mantener la excitación emocional en un rango óptimo dentro del viento de la tolerancia (Ogden et al., 2010, p. 67). Por un lado, se necesita suficiente emoción con la que trabajar (Breuer & Freud, 1955, GW1; p. 85); por otro lado, se necesita suficiente regulación emocional para que el sistema de compromiso social se mantenga a cargo de las emociones y dentro de un grado de intensidad que permita un proceso regulado, aunque haya que cruzar algunos rápidos iniciales (Levine, 1997). El sistema de compromiso social enseña al terapeuta a elegir las técnicas que favorecen la regulación con un cliente concreto, y al cliente a manejar la excitación emocional sin caer en las cascadas de reacciones postraumáticas que ha experimentado en el pasado.

Apoyar la toma de conciencia del cliente significa establecer primero áreas corporales en las que los clientes puedan sentirse seguros y cómodos, en las que más tarde puedan equilibrar su miedo a los recuerdos traumáticos aunque se

sientan separados de su cuerpo (si tienen tendencia a hiperactivarse) o establecer algo como una presencia sensorial en un área corporal que más tarde pueda desarrollarse en una respuesta emocional (si tienen tendencia a permanecer en hipoactivación). Ahora estamos estableciendo varios aspectos de la autorregulación del cliente.

Como terapeutas, debemos ser conscientes de que si tenemos un cliente con un trastorno alimentario, el ayuno no forma parte del tratamiento.

¡Solución! Si nuestro cliente pertenece al veinte por ciento de europeos que sufren problemas de sueño, no dormir no forma parte de la solución. Y lo mismo ocurre con el tacto: si tenemos un cliente que ha sido traumatizado por la violencia o el abuso sexual, su evitación del tacto es parte del problema, y no conduce a ningún alivio del trauma del cliente. Como psicoterapeuta corporal, después de concienciar a nuestro cliente de la parte física de la interacción, desarrollamos formas de entrar en contacto más estrecho con él, y esto implica el tacto. El tacto forma parte del proceso de autorregulación del cliente (Bion, 2004; Winnicott, 1990).

En esta segunda fase, el tacto no es una palpación médica unidireccional ni un ejercicio de entrenamiento fisioterapéutico. Esto suele ser malinterpretado por los clientes que no han experimentado la psicoterapia corporal y no están familiarizados con los tipos terapéuticos de tacto. El tacto en la psicoterapia corporal y en la integración postural está integrado en el proceso terapéutico. El tacto forma parte del entorno de la relación terapéutica. Cómo tocar y dónde tocar no es un protocolo prescrito, fijo y teórico. Este tipo de tacto se origina al sentir y percibir los problemas terapéuticos. Dónde tocar, la cualidad de sostener, guiar, activar o soltar mientras se toca está integrada en la conexión terapéutica entre el terapeuta y el cliente. Por supuesto, el toque debe realizarse de acuerdo con las directrices éticas de la EABP (véase el principio 7 en <https://eabp.org/ethics>). En el tratamiento clínico de disfunciones del tacto como la depresión o la esquizofrenia, se pueden consultar los manuales que Röhrich creó para los estudios del tacto en psicoterapia en Gran Bretaña (Röhrich, 2009).

Hace algunos años, mientras grababan en vídeo a Virginia Satir, Fritz Perls y Milton Erickson, Bandler y Grinder (1976, p. 37f; Ogden, 2010) descubrieron que el diálogo corporal inconsciente entre el terapeuta y el cliente es un factor clave para el éxito de la terapia. Bowlby (1988) demuestra el papel que desempeña nuestro cuerpo en la regulación del tacto y la curación terapéutica. Gelder (2015) explica que reflejar la postura - llamada resonancia postural- activa las mismas partes del cerebro en todos los participantes. Rizzolati (Rizzolati et. al., 1996) descubrió que la actividad de las neuronas espejo forma parte de la respuesta de nuestro cerebro cuando sintoniza con las personas con las que estamos en comunicación.

En esta segunda fase, empezamos a hacer implícitamente algo nuevo que más tarde, en la tercera fase del trabajo, haremos explícitamente. Empezamos a desarrollar una historia del contacto confortable que nuestros clientes han recibido y con el que se sienten cómodos. Algunos clientes traumatizados tienen fragmentos de memoria sobre su experiencia traumática original (Rosenberg, 1989). Otros descubren, a través de otras fuentes, que algo debió ocurrir. O, durante la entrevista al principio del trabajo, podemos habernos dado cuenta de que nuestro cliente mostraba algunos signos que apuntaban a una situación traumática no resuelta. A menudo, la situación original no puede

recordarse. De hecho, ocurre lo contrario. Los clientes suelen carecer de cualquier recuerdo de largos periodos de la vida, y especialmente de recuerdos sobre la primera infancia.

Por lo tanto, empezamos por sensibilizar a los clientes sobre su historia personal de tacto; por ejemplo, el tacto de su madre durante la lactancia, el contacto de las manos de los cuidadores con el bebé mientras le cambian los pañales, la sensación en la piel de su peluche, el contacto manual o corporal con sus hermanos y hermanas, los recuerdos de las patas de una mascota, si tuvieron, por ejemplo, un gato, un perro, una cobaya o un conejo; contacto corporal con familiares mientras les leen cuentos o ven la televisión, experiencias de contacto físico mientras hacen deporte o bailan o, por último, un buen contacto afectivo a través del tacto en relaciones anteriores o actuales.

De este modo, ayudamos gradualmente a nuestros clientes a desarrollar un mapa del contacto corporal confortable que han recibido: una galería de sensaciones táctiles. Empezamos a crear un puzzle de recuerdos. Al principio, es posible que no haya muchos recuerdos, pero poco a poco irán surgiendo islas de memoria sobre un momento especial de la infancia, tal vez asociado a una foto o a una edad determinada. A veces, sin conocer su origen, aparece un pequeño detalle, como el color del papel pintado o el olor de una habitación. Empezamos a reactivar la memoria del cerebro anterior (van der Kolk, 1996) y rompemos el patrón de las reacciones traumáticas dominadas por la amígdala (Brewin, 2001, p. 381), a la vez que aumentamos la actividad de otras áreas cerebrales.

Esto se consigue no sólo hablando. En un proceso paralelo, despertamos el interés del cliente por diferentes tipos de tacto y zonas corporales que le resulten seguras, a la vez que nos adelantamos a un nuevo tipo de rastreo: el rastreo del tacto en sí mismo y la percepción de diferentes cualidades del tacto. Esto puede ocurrir de forma activa, como cuando se recuerda la piel de las manos de la madre y se invita a explorar la piel de las propias manos o las del terapeuta. Puede ocurrir de forma pasiva, cuando los terapeutas ofrecen, y los clientes reciben, diferentes calidades de tacto. Al principio, el tacto no tiene intención. No es una técnica, como el Reiki, o presionar un punto de acupresión, o fundir una zona de fascia. Se trata simplemente de poner la mano en una zona específica en la que el cliente se sienta cómodo y tomar conciencia de ese contacto.

### **FASE 3**

#### **Ayudar a los clientes a recibir caricias**

Mientras mantienen a los clientes en el aquí y ahora (Stern, 2004) y apoyan la conciencia de la diferencia entre una sensación corporal y una interpretación emocional de la sensación, los psicoterapeutas corporales apoyan el seguimiento de una variedad de experiencias táctiles:

- Sentir la calidad del tacto en sí: ¿es cálido o frío; se funde la superficie de la piel bajo el tacto, o permanece la sensación de separación e incapacidad para conectar con el tacto?
- ¿Sienten los clientes la necesidad de relacionarse con la calidez de las

manos del terapeuta o, por el contrario, temen que la mano sea una intrusión en su cuerpo? (Véanse también las sugerencias sobre distintos tipos de contacto manual en Busch, 2006).

- Los pacientes que sufren dolor suelen seguir una pauta inconsciente de utilizar el tacto como pararrayos para descargar su dolor. ¿Qué ocurre cuando los terapeutas les informan sobre este patrón? Este proceso enseña a los pacientes a ser conscientes de la diferencia entre la interpretación de la intención táctil del terapeuta y su propia reacción emocional a la calidad del contacto.
- Variar la calidad del tacto introduciendo un ligero movimiento, o cambiando la calidez o la presión de la mano (Schlage, 2016). Una y otra vez, utilizar las estrategias que el cliente y el terapeuta aprendieron juntos en las fases anteriores del trabajo para apoyar la capacidad de autorregulación del cliente, o aplicar la capacidad de correulación del terapeuta a través del compromiso social. Al principio de la fase 3, los objetivos principales son establecer recursos somáticos (Hermann, 2003; Bundy, Lane, & Murray, 2002), identificar la memoria peritraumática (Janet, 1925) y mapear las cualidades del tacto (Lowen, 1976).

Los recuerdos pueden ser tanto auditivos como visuales: el sonido de la voz de la madre, el motor del coche del padre o la voz de los diálogos internos del cliente. Algunos clientes pueden tener recuerdos de olores y, especialmente en psicoterapia corporal, muchos tienen recuerdos kinestésicos de sesiones osteopáticas o de Shiatsu anteriores. Pueden sentir repulsión por las manipulaciones táctiles, o pueden percibir micromovimientos autonómicos que restablecen la conciencia corporal en zonas en las que se sienten rígidos o embotados.

Es posible realizar un seguimiento de los clientes mientras mueven el cuerpo, incluso mientras reciben toques continuos. Podemos explorar distintas zonas del cuerpo: del centro a la periferia, de delante a atrás, las piernas y los brazos, la cara o la cabeza. Los terapeutas pueden utilizar mapas emocionales de estas zonas (Marcher, 2010; Painter, 1987), influir en la entrada sensorial para regular la excitación di- adictiva y regular el afecto para establecer una relación más se- ciente entre terapeuta y cliente. Schore (2003, p. 219) escribió que la estabilización de los patrones neurofisiológicos de la corteza orbitofrontal se basa en una mejor autorregulación por parte del cliente, en un sistema de compromiso social más diferenciado y en un patrón de vinculación más seguro del cliente. Describe cómo el input sensorial hace posible el desarrollo.

Al principio de la tercera fase, los terapeutas no se centran en el trauma. Sólo trabajan con el acceso a los recuerdos. Si un terapeuta interpreta los recuerdos demasiado pronto, influirá en lo que se recuerda, especialmente cuando se trata de abusos sexuales. Se necesita tiempo para que el cliente y el terapeuta entiendan las diferencias entre un recuerdo y otro:

- que es una fantasía sexual inconsciente del cliente con un adulto o pariente cercano que indica un conflicto no resuelto en la fase edípica del desarrollo psicosexual normal,
- que sigue a un síndrome de falsa memoria inducida (Steffens, et al., 2007),
- que es un recuerdo de abuso sexual que realmente sucedió.

Aunque los clientes en esta fase del trabajo pueden ser am- bivalentes sobre

los recuerdos del trauma, los terapeutas deben retener cualquier interpretación hasta que ambos hayan reunido suficientes piezas del rompecabezas sobre la situación original para decidir qué ocurrió, cuándo, dónde y quién estuvo implicado.

Una pregunta que los clientes hacen una y otra vez es: "¿Cuántos detalles del suceso necesito recordar para liberarme de la cascada emocional traumática?". Hay varias respuestas a esta pregunta. Algunos clientes necesitan identificar qué ocurrió exactamente y si los agresores siguen vivos. Otros están en contacto continuo con estos familiares, mientras que otros permanecen en una fase ambivalente y necesitan ser más curiosos o valientes para seguir hacia dónde les llevan sus recuerdos. Al final, basta con que tanto el cliente como el terapeuta se den cuenta de que las emociones encuentran nuevas formas de expresarse y pueden liberarse más fácilmente cuando la capacidad del cliente para autorregular sus reacciones emocionales y sus recuerdos-reacciones está más alineada con su creciente ciclo afectivo natural.

### **Regular los procesos emocionales**

En esta tercera fase, mientras se mantienen activos los recursos somáticos desarrollados en la fase 1 dentro de la relación cliente-terapeuta y en el propio sentido de autorregulación del cliente, el terapeuta continúa trabajando secuencias traumáticas más específicas mediante el tacto:

- diferentes zonas del cuerpo: por ejemplo, la parte delantera de las piernas, los brazos y los hombros;
- diferentes capas de esas zonas - por ejemplo, superficialmente en las zonas de meridianos y puntos de acupuntura, en las memorias de los músculos, entre la fascia de los órganos o más profundamente en el periostio;
- con distintas cualidades del tacto: por ejemplo, siguiendo el contacto, invitando a micromovimientos, evocando emociones más profundas o cubriendo algo.

Mientras lo hacemos, seguimos cartografiando la historia del cliente y rastreando secuencias de recuerdos traumáticos. Mientras tanto, observamos los cambios en las zonas del cuerpo durante la excitación emocional, así como los cambios en la orientación y la conciencia. Activamos los recursos somáticos del cliente para apoyar su capacidad de tolerar estos cambios.

Interrumpimos las cascadas de estrés postraumático utilizando la cesta de técnicas de enraizamiento y corporeización establecidas en las fases 1 y 2 del trabajo, y buscamos reacciones de defensa incompletas. Los clientes traumatizados tienen patrones motores congelados que pueden reconocerse en los pequeños movimientos periféricos del cuerpo, como los movimientos de los dedos o los pies. Se pueden rastrear para explorar si las reacciones defensivas o el inicio de la actividad de lucha o huida están ahí para reactivarse. Como hay unos 700 receptores nerviosos en un centímetro cuadrado de piel (Juhan, 1987), los psicoterapeutas corporales utilizan diversos tipos de tacto para estimular los receptores que regulan el sistema nervioso autónomo. Por ejemplo, los órganos de Golgi disminuyen las reacciones en las fibras motoras musculares, los Pacini receptores aumentan la retroalimentación propioceptiva, y los receptores Ruffini ayudan a encarnar la actividad simpática (Rywerant, 1983; Schleip, 2012; McGlone, 2017).



Cuando se utilizan estos enfoques, pueden aflorar emociones reprimidas por el sistema límbico. A diferencia del antiguo paradigma terapéutico que fomentaba el acting out (van der Hart et al., 1993, p. 165), ahora reconocemos diferentes fases de carga emocional. Trabajamos con el modelo del ciclo afectivo (Schlage et. al., 2012; pp. 209-223), que muestra que cada emoción pasa por diferentes fases, y en algunas fases debemos estar especialmente atentos cuando tratamos con clientes traumatizados. Por ejemplo:

- Algunos clientes pueden estar hiperactivos y abrumados por las sensaciones antes de haber alcanzado una capacidad suficiente para enraizar su experiencia. Puede que todavía no sean capaces de rastrear las zonas corporales activadas, o de diferenciar entre la interpretación emocional de una sensación corporal y la sensación en sí, o puede que estén corriendo de una activación a otra sin ser suficientemente capaces de separarse de la señal desencadenante. En estos casos, reactivamos estrategias de fases anteriores del trabajo para frenar la excitación. Debemos centrarnos en el uso de técnicas que potencien el centrado y el desapego para regular la excitación emocional.
- En el caso contrario, si los clientes no pueden conectar con sus emociones lo suficiente como para trabajar con el afecto relacionado con sus recuerdos, utilizamos técnicas para cargar su respiración y su actividad motora con el fin de restablecer su energía emocional en las zonas del cuerpo que están bloqueadas, congeladas, agarrotadas o rígidas.

### **Breve estudio de caso Trabajar con sentimientos bloqueados y congelados**

Este cliente había recibido un total de 42 sesiones de psicoterapia corporal a lo largo de tres años. Durante un trabajo sobre sueños chamánicos, surgieron varios recuerdos de la infancia. Después de trabajar con técnicas chamánicas, sospechamos que había sufrido abusos sexuales en la primera infancia, lo que la llevó a buscar una terapeuta. Mientras se centraban en el seguimiento del escenario original (Rosenberg, Rand y Asay, 1985) y analizaban las transferencias, descubrieron tensiones musculares en su torso y se encontraron con síntomas como temblores y sensación de frío, especialmente en situaciones emocionales (Reich, 1967; Levine, 1997). Ahora que estaba en contacto con estos síntomas, decidió volver a trabajar conmigo con objetivos claramente definidos.

### **Primeras experiencias con el tacto y el ser tocado**

*Seguridad y confianza.* Normalmente, empezábamos las sesiones hablando y luego pasábamos a los juegos de rol, que le permitían expresar su necesidad de separación y distancia, y entrenaban su capacidad de autorregulación. Durante un juego de rol concreto, marcó su espacio personal con una cuerda en el suelo y yo la animé a que se permitiera sentir distintas emociones en distintos lugares del círculo. En exploró varias posiciones: ¿Qué sentía cuando estaba más cerca del centro, o en su periferia? ¿Qué ocurría cuando me acercaba a la cuerda o me mantenía más a distancia?

*Experiencias con distintos tipos de contacto.* Pasamos a explorar sus reacciones tocándose o siendo tocada en distintas zonas de su cuerpo. Empezamos con zonas elegidas por ella misma, y más tarde cambiamos a otras partes del cuerpo elegidas por mí.

Dedicamos tiempo a explorar sus reacciones internas a los distintos tipos de tacto, como la sensación de calor o frío, tensión o relajación, y entablamos un diálogo sobre la calidad del tacto y su experiencia de estas cualidades. Además, se permitió a sí misma sentir el tacto en sí: ¿sentía la piel de la mano del terapeuta separada de la suya o era como una fusión de ambas? ¿Cuál era la calidad de la temperatura en el punto de contacto? ¿Percibía parte de la sensación de la mano del terapeuta en su cuerpo, o viceversa? ¿Se sentía la tensión o el dolor con el tacto de la mano del terapeuta, o por el terapeuta a través de su mano? ¿Sucedió esto por sí solo, o era ella capaz de regular la dirección o la cantidad de sensación? También rastreamos las reacciones que sentía en el núcleo de su cuerpo, dependiendo del lugar del tacto (Ogden et al., 2006; pp. 262-264) -más cerca de la periferia, o en partes distantes- para explorar las diferentes (o incluso a veces paradójicas) reacciones corporales que experimentaba en respuesta al tipo y la ubicación del tacto.

Más tarde, durante unas cinco sesiones, practicamos varias técnicas de liberación o desbloqueo utilizadas en psicoterapia corporal, utilizando la respiración, el movimiento y el sonido para profundizar en el contacto con las partes del cuerpo elegidas (Rothschild, 2000). Cambiando su conciencia del tacto, centrándonos en su respiración, rastreando micromovimientos e intentando amplificar o disminuir la intensidad de estas experiencias, dimos a su expresión de movimiento un radio más amplio, mayor fuerza o más velocidad mediante el uso de la expresión de movimiento. Si era necesario, la animábamos a emitir sonidos para apoyar su expresión. Este trabajo a medida pretendía apoyarla para que pudiera profundizar en su confianza en sus propias capacidades de autorregulación y autoestimulación (Schoenaker, 2011). Empezó a practicarlo con algunos miembros de su familia.

*Llegamos a capas más profundas y liberamos tensiones más profundas.* Al avanzar, nos centramos en las tensiones musculares más profundas, sobre todo las que sentía en la parte superior del torso. Al cabo de un tiempo, aunque sentía la necesidad de respetar sus límites personales, sobre todo en la zona superior del pecho (sin incluir los senos), conseguimos encontrar la manera de tocarle directamente la caja torácica.

Como describí en mi artículo anterior (Schlage, 2016), ahora estábamos utilizando un toque físico bastante profundo y fuerte acompañado de una respiración profunda, y explorando la conciencia de cualquier movimiento interno. Peter Levine (1997) describe cómo la contrapulsación -lo que él llamó tensión en ciertas áreas- tiende a aumentar inicialmente. Al principio, la clienta se encontró con una fuerte resistencia contra "algo": su inhalación se hizo fija, su postura defensiva, apretó las muñecas contra la parte delantera del pecho, cerró los puños y sintió un grito desconocido en la garganta.

Gracias a nuestro trabajo preparatorio, cada vez era más capaz de transformar este gesto congelado en movimiento, y finalmente probó diferentes tipos de trabajo de voz, incluso gritando, para aliviar esta zona. Este fue el clímax emocional (Erken et al., 2012; p. 209) que abordamos varias veces, hasta que desarrolló cierta confianza en este proceso.

Siguiendo este camino de contacto, movimiento y sonido -probablemente por

primera vez en su vida adulta- la clienta pudo reconectar gradualmente con sus recuerdos traumáticos y asociarlos con su experiencia corporal. A menudo se relajaba profundamente después de estas sesiones. La liberación fue un proceso gradual en el que volvió a conectar con su cuerpo, sus emociones y sus movimientos, y con su creciente confianza. A veces pasaba por fases de profunda vergüenza y, paradójicamente, también de profunda risa, que surgía varias veces al repetir este proceso orientado al cuerpo.

Finalmente, se sintió mucho más relajada, especialmente en la parte superior del pecho, y su capacidad para respirar y la capacidad de movimiento en los hombros aumentaron significativamente. Decidió entonces continuar la terapia con su terapeuta Gestalt (Schlage 2018; la clienta dio un consentimiento informado por escrito para su publicación).

## **Resumen**

La Integración Postural utiliza el tacto para procesar las emociones a medida que se transforman en lo que Peter Levine denomina "rápidos", y para apoyar un proceso de "fusión de la energía congelada", una metáfora de la reactivación de los micromovimientos. Desarrollamos la confianza de nuestros clientes en su capacidad para sostener y contener las ondas emocionales: las que se procesan internamente como autorregulación y las que son visibles externamente, como los patrones de lucha o huida. A lo largo del tratamiento, seguimos utilizando la regulación autónoma del compromiso social, que ayudamos a los clientes a desarrollar en las primeras fases del tratamiento.

Por lo general, la mayoría de los esquemas humanos siguen el ciclo afectivo descrito anteriormente: estímulo, expansión a través del *nour-ishing*, clímax y relajación. Cuando trabajamos con clientes traumatizados, tenemos en cuenta fenómenos específicos; podemos encontrarnos con interrupciones o saltos repentinos dentro del ciclo afectivo, como un salto de un pequeño estímulo a un clímax, o una ausencia de relajación. Ayudamos a los clientes a transformar estos fenómenos en una coreografía adecuada.

Recordamos que los clientes en estas situaciones específicas sienten que están en situaciones que amenazan su vida. Esto significa que gran parte de la actividad cerebral se orienta hacia respuestas de supervivencia, de modo que una parte significativa de la capacidad cerebral normal no está disponible.

La hiperactivación temprana de la amígdala es identificable por una alta carga emocional, o por su opuesto la hipoactivación - la ausencia de contacto afectivo, contracción de los músculos e incluso colapso del tono muscular y de la circulación sanguínea.

Apoyamos la orientación y el enraizamiento de la sensación corporal en las zonas en las que los clientes se sienten seguros o cuando no pueden activar sus respuestas de lucha o huida; apoyamos los recursos corporales acumulados en las primeras fases del trabajo; rastreamos los micromovimientos y apoyamos la actividad autorreguladora de los clientes para salir de estados bloqueados o disociados. Apoyamos la capacidad de manejar emociones cada vez más profundas y poderosas, al tiempo que animamos a los clientes a permanecer conscientes del presente. De acuerdo con su conflicto caracterológico, elegimos diferentes tipos de coreografía del ciclo afectivo para ayudar a los

clientes a estar más sanos y mejor adaptados - véase Marivoet (2016) sobre la integración cuerpo-mente definida desde varios ángulos: (<http://icpit.org/philosophical-backgrounds/>).

Por último, apoyamos el desarrollo de estrechos vínculos afectivos, apoyando así la reorganización final de nuestros clientes. Ogden (2010) describe la necesidad de correlación entre los músculos de la superficie del cuerpo y la musculatura interna profunda (citado en Kurtz & Prester 1979). También es necesario completar las respuestas defensivas inacabadas; si los clientes muestran impulsos de lucha o huida, indicados por la forma en que se movilizan los brazos para ganar más distancia, o las piernas para pisar algo o muestran el deseo de huir, buscamos formas de completar estos movimientos inacabados.

## **FASE 4**

### **Incorporar experiencias terapéuticas**

La cuarta fase del trabajo establece experiencias embodimentales exitosas y la integración en la vida cotidiana.

Aunque este artículo describe el trabajo de psicoterapia corporal con el trauma en un modelo de fases, las relaciones terapéuticas pueden no desarrollarse de esta manera. A menudo, durante la cuarta fase, pueden surgir recuerdos desconocidos o, en el momento de finalizar la terapia, pueden aparecer nuevos recuerdos traumáticos que antes habían permanecido inconscientes (Steele 2005).

En esta cuarta fase, el objetivo es apoyar a los clientes para que utilicen en su vida diaria las herramientas de autorregulación y compromiso social que han aprendido en terapia (Brown et al., 1998). Además, nos tomamos tiempo para estabilizar sus capacidades vinculares con los patrones de protección y autoempoderamiento desarrollados en las primeras fases del trabajo. También apoyamos su necesidad de ampliar la intimidad para incluir a otras personas o familiares (Brown, 1998). A menudo, tras experiencias vitales traumáticas, el sistema vincular queda dañado, de modo que los clientes son incapaces de mantener relaciones satisfactorias. Algunos pueden pasar demasiado rápido a cuidar de otra persona (Sable,

2004) o intimar demasiado rápido sin regular la distancia y la autoconciencia. Pueden verse arrastrados a patrones de parentificación (Minuchin, 1975) en los que se ocupan de parientes que, en una familia sana, deberían ser los que se ocuparan de ellos. Los clientes deben aprender que el grounding, el centering, el bonding, el sounding, el contacto visual/la mirada y su sistema de compromiso social les permiten diversificar su necesidad de contacto e intimidad. Deben aprender la autorregulación y la distancia adecuadas para mantener distintas relaciones, por ejemplo, con compañeros de trabajo, amigos íntimos o familiares.

Juhan (1987, p. XXIX) escribe que los terapeutas crean nuevas ondas de información sensorial y motora en los cerebros de sus clientes que les llevan más allá del repertorio limitado de su experiencia vital. Las nuevas posibilidades de sensibilidad y movimiento que se derivan de la falta de experiencia sensorial de su cuerpo ayudan a los clientes a relacionarse de

formas nuevas con la naturaleza, su entorno y sus relaciones.

Janet escribió (1925, p. 988) que la principal característica de un tratamiento terapéutico exitoso es mejorar la capacidad del cliente de ser feliz y alegre. Debemos tener en cuenta que los clientes especialmente traumatizados, debido a las dolorosas experiencias de vinculación y posiblemente debido a problemas de neurotransmisores dopaminérgicos (Cabib y Puglisi-Allegra 1996), naturalmente temen profundamente este proceso de apertura. Por otro lado, Frijda (1986, p. 368) describe cómo "sensaciones agradables se formarán inconscientemente en el cuerpo para abrirse a posibilidades de nuevos patrones de hábitos". En consecuencia, en esta cuarta fase del trabajo, debemos invitar a los clientes a crear más sensaciones positivas en sus relaciones, así como a través de la autorregulación. Esto puede dar lugar a nuevas aficiones, como bailar, hacer deporte, escuchar buena música, elegir nuevos colores para vestirse o crear cambios en su entorno. Les apoyamos para que sigan las nuevas ondas de energía, la nueva orientación en la función cerebral y los nuevos deseos del yo personal.

En esta fase final, los terapeutas deben ver a sus clientes desde una nueva perspectiva. Deben dejar de verlos con ojos de diagnóstico orientado al déficit y, en su lugar, observar su potencial humano (Dychtwald, 1977; capítulo 9) y darse cuenta del patrón arquetípico de su alma (Jung, 1978).

### ***De la tragedia al triunfo (Ogden, 2010)***

Las religiones luchan con esta vieja pregunta: ¿Por qué sufre la gente con las experiencias vitales? Aunque sabemos que algunos de los problemas del mundo son el resultado de los intereses comerciales de la gente, también sabemos que las personas se relacionan de forma diferente con experiencias vitales similares. Algunos pueden reflexionar sobre lo que han vivido con el corazón blando y darse cuenta de que, a través de la lucha, han crecido personalmente de forma positiva. En cambio, las personas traumatizadas repiten una y otra vez los patrones que les causan sufrimiento. Parece que no encuentran una salida.

Los psicoterapeutas corporales ofrecen soluciones que parecen naturales. Aunque utilizamos técnicas aprendidas, también utilizamos nuestra voz para calmar, utilizamos nuestro sistema de compromiso social para regular nuestra capacidad de presencia corporal y utilizamos el tacto para apoyar la contención de lo que ha ocurrido. Creo que podemos transformar la alienación de vida y restablecer las funciones vitales básicas, como sentirnos bien en nuestro propio cuerpo, tener relaciones satisfactorias y vivir en un entorno sano.

Espero que este artículo ofrezca pistas tanto a los clientes como a los colegas de la psicoterapia corporal.

Bernhard Schlage es un psicoterapeuta corporal y autor que imparte talleres desde 1980 en la mayoría de los países europeos. Ha impartido conferencias en congresos internacionales, entre otros en San Francisco, París y Sydney. En 1986 fue cofundador de un centro de formación de adultos para la atención sanitaria en el norte de Alemania. Ha impartido es formador en Integración Postural desde 1999 y titular del ECP desde 2001. Ha mantenido una consulta privada de psicoterapia corporal desde 1984. Tras especializarse en el tratamiento de trastornos psicósomáticos, ahora centra su trabajo en la formación de la próxima generación de profesionales sanitarios en psicoterapia corporal. Bernhard es autor de más de 100 artículos sobre psicoterapia corporal y ha escrito cuatro libros.

**Contacto:**

*Gemeinschaftspraxis Kugel e.V. In der Steinriede 7, Hofgebäude,  
30161 Hannover*

*Teléfono y fax: 0049 511 / 161 42 11*

*Correo electrónico: [post@bernhardschlage.de](mailto:post@bernhardschlage.de) Internet:  
[www.bernhardschlage.de](http://www.bernhardschlage.de)*

**REFERENCIAS**

Bandler, R., y Grinder, J. (1976). La estructura de la magia. Palo Alto, CA: Science and Behaviour Books.

Bion, W. R. (1962). Aprender de la experiencia. Londres: Karnac.

Bowlby, J. (1988). A secure base parent-child attachment and healthy human development. Nueva York: Basic Books.

Breuer, J., & Freud, S. (1955). Estudios sobre la histeria (1893-1895). Londres: Hogarth Press.

Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. Behavioral Research and Therapy, 39, 373-393.

Brown, D., Schefflin, A., & Hammond, D. (1998). Memory, trauma, treatment and the law: An essential reference on memory for clinicians, researchers, attorneys and judges. Nueva York: Norton.

Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A., & Fisher, A. G. (2002). Sensory integration: theory and practice. Philadelphia: F. A. Davis.

Busch, T. (2006). Therapeutisches Berühren als reifungsfördernde Intervention in: Hrsg: Marlock, G., Weiss, H., (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie, München, Schattauer, pp 517-529. Engl. (2015)

Manual de psicoterapia corporal. Berkeley: North Atlantic Books.

Cabib, S, & Puglisi-Allegra, S. (1996). Estrés, depresión y sistema dopaminérgico mesolímbico. *Psychopharmacology* (Berlín), 128, 331-342.

Courtois, C. A. (1991). Teoría, secuenciación y estrategia en el tratamiento de adultos supervivientes. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 47-60.

Diamond, S., Balvin, R., Diamond, F., Gardner, M. (1963). *Inhibición y elección*. Nueva York: Harper & Row.

Dunn, J. (1995). Intersubjectivity in Psychoanalysis: a critical review. *Jorjal Internacional de Psicoanálisis*, 76, 723-38. DoI: 10.1017/cbo9780511621994.

Dychtwald, K. (1977). *Bodymind*. Nueva York: Pantheon Books, Random House.

Erken, R., Painter, J., & Schlage, B. (2012). Transformación Del yo con integración bodymind. Integración postural - integración energética - integración postural psicoterapéutica. Berlín: Holzinger.

Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

De Gelder, B., de Borst, A.W., Watson, R. (2015). La percepción de la emoción en la expresión corporal. *Brain and Emotion*

Laboratorio de Maastricht, Países Bajos. Volumen 6, marzo de 2015: *WIREs cogn Sci* 2015, 6: 145-158. DOI: 10.1002/wcs.1335

Greene, B. (2004). *Fabric Of the Cosmos: Space, Time, and the Texture of Reality*. Nueva York: Alfred A. Knopf. Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice Of Psychoanalysis* (La técnica y la práctica del psicoanálisis). Nueva York: International Universities Press. Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. Nueva York: Basic Books.

### ***Sobre la regulación del afecto mediante la mímica y la voz***

Hornak, J. (1996). *Freud reappraised: a fresh look at psychoanalytic theory*. Nueva York: Guilford Press.

Janet, P. (1925). *Principles of psychotherapy*. Londres: Allen & Unwin.

Juhan, D. (1987). *Job's body: A handbook for bodywork*. Barrytown, NY: Station Hill Press.

### ***Acerca del trabajo con arquetipos***

Jung, C. G. (1978). "Aproximación al Inconsciente" en *El hombre y sus símbolos*. Londres: Picador.

Kurtz, R., y Prester, H. (1976). *The body reveals: An illustrated guide to the psychology of the body*. Nueva York: Holt, Rinehart &

Winston.

***Acerca de trabajar con Rapids***

Levine, P., y Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

***Definición de traumatismo***

Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: how the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic.

Llinas, R., Ribary, U., Contreras, D., & Pedroarena, C. (1998). Las bases neuronales de la conciencia. *Philosophical transactions of the Royal society of London, Series B, Biological sciences*, 353, 1841-1849.

***Acerca de la conexión a tierra***

Lowen, A. (1976). *Bioenergetik: der Körper als Retter der Seele*. München: Scherz.

Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. Nueva York: Coward, McCann & Geoghegan.

Lowen, A. (2012). *The betrayal of the body*. Hinesburg, VT: Fundación Alexander Lowen.

McGlone, F. (2017). <https://www.youtube.com/watch?v=Md91EYhyY8w>, [www.somaaffect.org](http://www.somaaffect.org)

Marcher, L., & Fich, S. (2010). *Body encyclopedia: a guide to the psychological functions of the muscular system*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Marivoet, D. (2017). *Chart of Blockages of the Natural Flow of Energy* (documento inédito).

Minuchin, S. (1975). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nelson, C. A. (1987). The Recognition of Facial Expressions in the First Two Years of Life: Mechanisms of Development. *Child Development*, 58(4), 889-909. doi: 10.1111/j.1467-8624.1987.tb01427.x

Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Co.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper - ein sensomotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann.

Ohashi, W., y Monte, T. (1992). *Reading the body: Ohashi's book of oriental diagnosis*. Londres: Aquarian/Thorsons.

Painter, J. W. (1987). *Technical manual of deep wholistic bodywork: Postural integration*. Mill Valley, CA: J. Painter.

Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., & Maiti, A. K. (1994).



Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion (El tono vagal y la regulación fisiológica de la emoción). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 167-186. doi: 10.2307/1166144

Porges, S. W. (2001). La teoría polivagal: sustratos filogenéticos de un sistema nervioso social. *Jornal Internacional de Psicofisiología*, 42(2), 123-146. doi:10.1016/s0167-8760(01)00162-3

### ***Sobre la regulación de la hiperactivación y la hipoactivación***

Post, R. M., Weiss, S. R., Smith, M., Li, H., & McCann, U. (1997). Kindling versus quenching. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 821(1 Psychobiology), 285-295. doi: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb48287.x

### ***Acerca del síndrome de falsa memoria***

Ramírez, S., Liu, X., Lin, P., Suh, J., Pignatelli, M., Redondo, R. L., Tonegawa, S. (2013). Creación de una memoria falsa en el hipocampo. *Science*, 341(6144), 387-391. doi: 10.1126/science.1239073

Reich, W. (1967). *The Function Of the Orgasm: Sex-economic problems of biological energy*. Nueva York: Bantam Books.

Rizzolatti, J., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Investigación cognitiva del cerebro*, 3, 131-141.

Röhrich, F. (2009). Psicoterapia orientada al cuerpo. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156. doi: 10.1080/17432970902857263

### ***Sobre el escenario original***

Rosenberg, J., Rand, M., & Asay, D. (1989). *Body, self, and soul: Sustaining integration*. Atlanta, GA: Humanics Limited. Capítulo 3.

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Nueva York: Norton: Capítulo 5.

Rywerant, Y. (1983). *El método Feldenkrais*. Nueva York: K. S. Gieniger Company.

Sable, P. (2004). *Apego y psicoterapia de adultos*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Schlage, B. (2013). *Die Kunst des achtsamen Herangehens*

Schlage, B. (2016). El placer del tacto - una correlación sugerida entre el cambio de la superficie de las membranas celulares y la eficacia de los métodos de trabajo corporal. *IASI Yearbook of structural integration*, 99-106. <http://www.bernhardschlage.de/literatur/items/the-pleasure-of-touch.html>.

Schlage, B. (2017). Sobre un buen final - cómo terminar la psicoterapia y por qué casi nunca se habla de ello. *International Body Psychotherapy Journal*, Vol. 16 (1), 16-27.

Schlage, B. (2018). Cómo el trabajo de tejido profundo puede ayudar a la liberación de la tensión de estrés postraumático. En Young, C. (editor, 2018). *Body psychotherapy case studies, galashiels, UK-TDI12Q*, 89-98.

Schleip, R. (2012). La fascia como órgano sensorial. Un objetivo de la manipulación miofascial. En Dalton, E., & Aston, J. (2012), *Dynamic body: exploring form, expanding function*. Oklahoma City: Freedom from Pain Institute.

Schoenacker, T. J. (2011). *Encouragement makes good things happen*. Nueva York: Routledge.

Schore, A. N. (2001). El cerebro derecho como sustrato neurobiológico del inconsciente dinámico de Freud. En: Scharff, D. E. (ed.), *Freud at the Millennium: the evolution and application of psychoanalysis* (61-88). Nueva York: other Press.

Schore, A. N. (2001b). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

Schore, A. N. (2003). *Affect regulation & the repair of the self*. Nueva York: W. W. Norton.

Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex trauma: Overcoming trauma-related phobias. *Journal Of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11-53.

Steffens, M. C., Mecklenbräuer, S. (2007). Falsos recuerdos. Phenomena, Theories, and Implications. *Journal Of Psychology*, Vol. 215 (1), 12-24.

Stern, D. N. (2004). *El momento presente en psicoterapia en la vida cotidiana*. Nueva York: W. W. Norton.

#### ***Acerca del síndrome de falsa memoria***

Ramírez, S., Liu, X., Lin, P., Suh, J., Pignatelli, M., Redondo, R. L., . . . Tonegawa, S. (2013). Creación de un falso recuerdo en el hipocampo. *Science*, 341(6144), 387-391. doi: 10.1126/science.1239073

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). El tratamiento de los recuerdos traumáticos: Síntesis, realización e integración. *Dissociation*, 2(6), p. 162-180.

Van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. (1996). Disociación y procesamiento de la información en el trastorno de estrés postraumático. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlang, & L. Weisaeth (ed.), *Traumatic stress: The effects Of Overwhelming experience On mind, body, and society* (p. 303-327). Nueva York: Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1990). La teoría de la relación padre-hijo. En *The maturational processes and the facilitating environment*.

Londres: Karnac Books.

Palabras clave: Tacto y regulación del afecto, mecano-receptores cutáneos, gráficos del ciclo afectivo, ventana de tolerancia

Recibido: 13.02.2021, Revisado: 06.03.2021, Aceptado: 19.05.2021  
Revista Internacional de Psicoterapia Corporal Arte y Ciencia de la Praxis Somática

Volumen 20, número 1, Primavera/Verano 2021, pp. 50-60

ISSN 2169-4745 Impresión, ISSN 2168-1279 En línea

© Autor y USABP/EABP. Reimpresiones y autorizaciones:  
[secretariat@eabp.org](mailto:secretariat@eabp.org)