

# *Sociedad de Hipnoterapia Clínica.*

## TERAPIA GESTALT EN EL PROTOCOLO HIPNÓTICO

### **Transferencia y Contratransferencia en terapia gestáltica.**

Se propone demostrar la presencia de la transferencia en la terapia gestáltica, opinión que muchos gestaltistas no avalan. Para ello aborda la definición de psicoterapia y cita a Freud en sus hallazgos y comentarios sobre la transferencia. Asimismo se consideran los conceptos de Jung y M. Klein sobre el tema, para concluir que el estudio del tipo y el manejo que se hace de la transferencia en psicoanálisis es para esa escuela un elemento decisivo en el diagnóstico y pronóstico de un cuadro clínico.

Hace referencia a que en el enfoque gestáltico se estima que el paciente puede proyectar en el terapeuta aspectos sanos y enfermos de su personalidad y que esto es lo que determina las características de la relación transferencial. En terapia gestáltica se facilita el manejo de la transferencia que pone el acento y favorece la responsabilidad del paciente en la cura. Se ejemplifican las técnicas que facilitan el uso de la situación transferencial: observación gestual, "continuo de conciencia" alianza con la parte sana del paciente, trabajo en el aquí y ahora, trabajo con la proyección, pasaje del apoyo ambiental al autoapoyo.

Escribir sobre transferencia en Gestalt es un asunto que parecía como prohibido. Los gestaltistas en general no hablan de transferencia. Y pareciera que éste no es un fenómeno importante si se trabaja con tal enfoque.

En el Handbook of Gestalt Therapy, la palabra transferencia ni siquiera aparece mencionada en el Subject Index. Sin embargo, en el capítulo "A Psychoanalytic Look at Gestalt Therapy", escrito por Stephen A. Appelbaum este autor concluye, "La mayor diferencia entre psicoanálisis y terapia gestáltica es que, en esta última, no hay transferencia. Apoya esta afirmación en su propia experiencia, relatando cómo él participó en un workshop en el que pudo trabajar muy bien algunas cosas personales y tener sorprendentes insights, sin siquiera haberle conocido el nombre al terapeuta.

La afirmación de Appelbaum no sorprende. Se sabe positivamente que hay muchas situaciones en las que no se produce transferencia y pueden ser de una importancia terapéutica extrema. Lo sorprendente es que él refiere a terapia y que también en este sentido he encontrado su opinión avalada por muchos gestaltistas.

Es en este punto donde cabe definir lo que se entiende por terapia y lo que entendemos por transferencia, para ver desde esa perspectiva. Si una afirmación tal es posible.

Psicoterapia en general. Se entiende generalmente por psicoterapia un proceso al que se somete una persona con el objetivo de obtener cambios en su modo de enfrentar situaciones, desaparición de molestias psíquicas y/o físicas que lo limitan en su vida, y en general, aprender más de sí mismo. Esto se hace en grupos o individualmente y siempre con alguien que por lo menos oriente el desarrollo de este procedimiento.

En esta definición se ha limitado lo que es terapia a lo que se hace con otro, sólo por el hecho de que se pretende hablar de este tipo de terapias, no porque no se acepte que grandes modificaciones estructurales y/o sintomatológicas se pueden obtener con experiencias de los más diversos órdenes. Para que hablar de situaciones existenciales determinadas que pueden favorecer cambios increíbles y perdurables.

Se podría ensanchar el concepto de psicoterapia de tal modo que, por supuesto, cabría en él toda acción o situación que favoreciera un cambio o aumentara el conocimiento de sí mismo de un individuo. En este sentido se considera que los workshop o sesiones de grupo prolongadas, con un terapeuta desconocido, son una increíble oportunidad para que las personas se den cuenta de cuánta es su posibilidad de cambio, de cuánta es su disposición a trabajar consigo mismas, solas o con la ayuda de un terapeuta. No corresponden a lo que llamamos terapia propiamente tal. Y sin embargo, aun en estas situaciones es importante estudiar la relación que se produce entre el coordinador y cada uno de los participantes, y saber si esta relación influye o no en el trabajo de las personas.

En resumen, se deja muy en claro que cuando se habla de psicoterapia gestáltica se refiere a un procedimiento que compromete a un Sujeto, o varios con otro, durante un cierto tiempo, y con un propósito determinado.

Transferencia. León Grinberg' define la transferencia diciendo: "Es esencialmente un desplazamiento sobre la persona del analista, de emociones amistosas, hostiles y ambivalentes que provienen de la infancia. El paciente proyecta sus emociones irracionales portadoras de conflicto, sus fantasías y expectativas mágicas; es decir el proceso "primario" y agrega: "En la transferencia el individuo transfiere sus 'memorias' de experiencias significativas previas, cambiando la realidad de sus objetos, dotándolos con las cualidades del pasado,

juzgándolos y tratándolos como lo hizo en su pasado". Admite el mismo autor, más adelante, que la transferencia es "un fenómeno general descubierto y aprovechado por Freud para transformarlo en un instrumento técnico de primera magnitud en el proceso terapéutico del análisis".

Tal vez con esta definición quede claro lo que un analista entiende por transferencia, y con ello sorprenda aún más la categórica afirmación hecha también por un analista (Appelbaum) de que en terapia gestáltica no hay transferencia. Importa, sin embargo, comprender bien el concepto de transferencia y contratransferencia, para poder dar cuenta cómo interviene, o es manejado, o podría serlo en una terapia, que preferiblemente, aunque aparezca redundante, recurrir a la fuente misma y citar textualmente algunos de los primeros pasajes, en la obra de Freud, en donde éste se refiere a la transferencia.

Así, la primera vez que Freud se ve "complicado" por así decir en la relación con una paciente, lo describe del siguiente modo: "Además llegó un día en el que me fue dado comprobar algo que sospechaba' ya desde mucho tiempo atrás. Una de mis pacientes más dóciles, con la cual había obtenido por medio del hipnotismo los más favorables resultados' me sorprendió un día que había logrado liberarla de un doloroso acceso, echándome los brazos al cuello al despertarla del sueño hipnótico. Una criada que llamó a la puerta en aquellos momentos evitó una penosa explicación, pero desde aquel día renuncié por un acuerdo tácito a la continuación del tratamiento hipnótico. Suficientemente modesto para no atribuir aquel incidente a mis atractivos personales, supuse haber descubierto con él la naturaleza del elemento místico que actuaba detrás del hipnotismo. Para suprimirlo, o por lo menos aislarlo, tenía que abandonar el tratamiento hipnótico".

Posteriormente, cuando se refiere a este hecho -antes de denominarlo transferencia- usa expresiones como: "amor", "relaciones muy agradables", "favorable actitud", "conducta del paciente que acaba por conquistar las simpatías del médico", etcétera.

Finalmente usa la palabra con la que pretende definir este fenómeno sin mayores pretensiones, pero desgraciadamente unido, desde el inicio a una explicación causal. Cosa, esta última, totalmente comprensible ya que necesitaba de alguna teoría que le permitiera manejar de alguna manera esta situación, para poder seguir su trabajo. Es así como dice: "Este nuevo hecho, que tan a disgusto nos vemos obligados a aceptar, lo designamos con el nombre de 'transferencia'. Trataríase (obsérvese que usa el condicional), pues, de una transferencia de sentimientos sobre la persona del médico, pues no creemos que la situación creada por el tratamiento pueda justificar la génesis de los mismos.

Sospechamos más bien que toda esta disposición afectiva tiene un origen distinto".

Hasta aquí la cita textual de Freud, y con ello el punto medular en el cual él, después de describir un fenómeno, le pone un nombre y se permite formular una hipótesis de trabajo. Y, como veremos en otra cita, atribuirle un origen.

Dice más adelante: "Sería insensato querer eludir este fenómeno. Sin transferencia no hay análisis posible. No debe creerse que el análisis cree la transferencia y que ésta sólo aparece en él. Por el contrario, el análisis sólo se limita a revelar la transferencia y a aislarla. Trátase de un fenómeno generalmente humano que decide el éxito de toda influencia médica y domina en general las relaciones de una persona con las que la rodean. Fácilmente se descubre en él, el mismo factor dinámico al que los hipnotizadores han dado el nombre de "sugestibilidad" factor que entraña el rapport hipnótico, y cuya falta de garantías constituía el defecto del método catártico. En los casos en que esta tendencia a la transferencia sentimental falta, o ha llegado a ser totalmente negativa, como en la demencia precoz y en la paranoia, desaparece también la posibilidad de ejercer una influencia psíquica sobre el enfermo".

Se sabe cuánto preocupa a Freud, en el inicio, el encontrarse con este hecho y cómo en ese momento le parecía posible que desde aquí surgieran las críticas al psicoanálisis, como un método que de una u otra forma utilizaba la sugestión. No sorprende su duda, ya que aunque él se da cuenta que no es el análisis el que crea la transferencia, pone énfasis en que es esta técnica la que permite hacer presente este fenómeno. Esto en contraposición a sus primeros hallazgos, en los que hace evidente la presencia de una transferencia intensamente positiva, cuando usaba el método hipnótico.

Al desarrollar su método de la asociación libre y enmarcar con mayor rigurosidad el trabajo terapéutico "ve en la transferencia - como dice León Grinberg - el campo en que la reminiscencia del pasado, bajo condiciones mejores, permite una rectificación de los destinos de la vida afectiva e instintiva del analizado".

De ahí que a los pacientes a los que él no ve que esto pueda producirse no los considera tratables con su método, sabemos cómo posteriormente eminentes analistas han demostrado no sólo que existe transferencia en esos cuadros, por ejemplo en las neurosis narcisísticas, sino, también cómo puede y debe ser tratada la transferencia negativa.

Psicólogos y psiquiatras que se apartaron de la orientación freudiana por no estar de acuerdo en algunos aspectos básicos, enfocaron el fenómeno de la transferencia desde ángulos diferentes, pero no sabemos de ninguno que negara la existencia de este fenómeno. Así, Jung, en su libro Psicología de la Transferencia dice: "Puede que no exista casi ninguna relación de cierta intimidad entre seres humanos sin que se deje surgir en ella, en forma estimulante o perturbadora, el fenómeno de la transferencia". Más adelante agrega: "El autor (se refiere a Freud) estima de modo excesivo su propio influjo. La transferencia está muy lejos de ser una creación

del médico. Con frecuencia existe ya en toda su potencia antes que éste tenga ocasión de abrir la boca. La interpretación de la transferencia de Freud como 'enfermedad artificial', es válida en la medida en que la transferencia de un neurótico es igualmente neurótica, pero esta neurosis ni es 'nueva', ni 'artificial', ni 'creada', sino que es la misma neurosis antigua, y la única novedad consiste en que ahora se encuentra involucrado en ella también el médico, más como víctima que como creador".

En otra parte dice Jung: "La transferencia es tan poco susceptible de ser provocada como un credo. Un credo sólo tiene valor cuando subsiste por sí mismo. Una fe impuesta no es más que una ficción. Quien se figure que debe provocar la transferencia olvida que este fenómeno no es más que uno de los factores de la terapéutica, y que aparte de eso el término 'transferencia' es el que corresponde en alemán al de proyección, que no es un fenómeno susceptible de ser provocado". Más adelante, en una nota referente a lo anterior, dice: "A esto se debe por ejemplo que el médico se siente detrás del enfermo. y asimismo, que se imagine que la transferencia es un producto de su técnica, tratándose en cambio de un fenómeno perfectamente natural que tanto puede sucederle a él como al maestro, al médico que sólo atiende enfermedades y - last but not least - al marido",

Tal vez, como se comprueba por esta cita, haya una cierta ligereza de Jung al atribuirle a Freud el haber dicho que el médico crea la transferencia. Es indudable que un fenómeno tan generalizado y universal no puede ser creado, y eso lo dice Freud con toda claridad y honestidad. Lo que el análisis crea es la neurosis de transferencia, y ése fue el único camino que le pareció posible para deshacer la neurosis del paciente. Se podría decir que, a fuer de ser consecuente con su teoría. Freud encuentra el modo como repetir en el aquí y ahora" lo que se produjo en el "allá", entonces", para poder así corregir la deformidad afectiva.

En otras palabras, no encontrando un modo eficiente de manejar la transferencia, para que no interfiera en la terapia, busca un modo de controlar la aparición y desarrollo de ésta, que es altamente eficaz para el fin propuesto. El paciente está en condiciones óptimas para conectarse con sus vivencias infantiles y desarrollar rápidamente una conducta regresiva frente al terapeuta: en decúbito dorsal, hablando sin interlocutor activo (aparentemente) y permitiéndose, hasta donde sea posible, no tener control de sus expresiones.

La técnica de la libre asociación y todo el setting psicoanalítico produce una relación transferencial prevista y más fácilmente manejable por el terapeuta. Es así como vemos en la evolución del movimiento psicoanalítico que el estudio del tipo y el manejo que se hace de la transferencia se transforma en un elemento decisivo en el diagnóstico y pronóstico de un cuadro clínico. Así, por ejemplo, en las críticas que hace la Escuela de Psicología del Yo a la Escuela Kleiniana destacan como un elemento decisivo la diferente concepción de transferencia y neurosis de transferencia, llegando los primeros a diferenciar la alianza terapéutica de la neurosis de transferencia.

Ocurre con el fenómeno de la transferencia lo que con otros fenómenos descritos por Freud, que pasan a ser manejados y restringidos en su significado desde la perspectiva psicoanalítica. Aun cuando los mismos psicoanalistas discutan o critiquen el modo o el sentido con que los manejan, no han logrado rescatarlos en toda la riqueza y profundidad que les son propias, llegando al grado de no ver ciertos fenómenos si no se dan en el contexto del psicoanálisis.

En resumen, desde un enfoque gestáltico, resulta claro que no es posible confundir el fenómeno de la transferencia con la neurosis de transferencia creada por el psicoanálisis. El fenómeno de la transferencia es universal, y está presente en toda relación humana. Lo que transfiere no son solamente las experiencias o emociones infantiles, sino que el paciente puede proyectar en el terapeuta aspectos sanos y enfermos de su personalidad y esto determina las características de la relación transferencial.

Contratransferencia. El modo como se realiza esta transferencia no depende solamente de las características del paciente depende también, como es lógico, de la estructura caracterológica del terapeuta. En este sentido vale la pena observar cómo los mismos psicoanalistas se han dado cuenta que aun cuando el "encuadre" dé garantías de una cierta "objetividad" sobre el material clínico en el que basan sus investigaciones, lo obtenido de los pacientes es determinado - en parte por las características del terapeuta. A este respecto se cita textualmente a Kernberg: refiriéndose al manejo analítico de los kleinianos: "Dice Balint que el paciente llevado por su necesidad de ser comprendido se mostraba dispuesto a aprender el lenguaje habitual del analista, hasta llegar a expresar sus asociaciones de ese modo, con las consecuencias nocivas para la relación analítica que ello implica. Balint consideraba que las interpretaciones de los analistas kleinianos, tal como se las presentaba en los congresos científicos y en la literatura, creaban la impresión de un analista seguro, experimentado e incluso quizás dominante, impresión aparentemente compartida por sus pacientes. Se interrogaba acerca de si ésa no era una de las causas que explicaban por qué en el material de sus pacientes surgía tanta agresividad, envidia y odio, y una preocupación tan intensa por la introyección y la idealización. Balint puntualizó que la introyección y la idealización son mecanismos de defensa utilizados con frecuencia en una relación entre una personalidad oprimida, débil, y otra abrumadoramente poderosa. Además Balint criticaba la relativa reticencia de los kleinianos para admitir los fracasos terapéuticos".

Como vemos, estos autores. atribuyen a características de personalidad de los analistas kleinianos los hallazgos clínicos de los mismos, su énfasis en la envidia, odio y agresión. Y claro, desde estos hallazgos clínicos surgen sus teorías y conceptos como el de un instinto de muerte innato que sería el responsable y principal determinante de la ansiedad.

La expresión contratransferencia apunta a las transferencias del terapeuta sobre el paciente. Se ha llegado incluso a describir la neurosis de contratransferencia, que es un elemento altamente perturbador en el curso de un análisis. En general la contratransferencia es un elemento decisivo en la función del analista como intérprete, y en la conducta de terapeuta cuando es objeto de expresiones transferenciales complejas por parte del paciente. Parece que al terapeuta se puede aplicar lo mismo que Jung dice del paciente. Es decir, si el terapeuta es neurótico, su contratransferencia lía de ser igualmente neurótica.

El modo como nuestra propia estructura de carácter o nuestras propias reacciones participan en la interacción terapéutica, es lo que hace que las terapias interpretativas, del tipo que sean, incluso las conductuales, sean de un alto riesgo para el paciente.

Qué ocurre y cómo se da la transferencia en terapia gestáltica. De los antecedentes mencionados anteriormente, más el aporte del enfoque existencial, es de donde se parte sobre transferencia. Y ha sido con esta orientación como telón de fondo con la cual, el terapeuta se desorienta al acercarse a sus pacientes, sea cual fuere el tipo de terapia que se emplease. Es así como se pudo observar que al trabajar con una orientación analítica, como se hace al principio, o existencial o gestáltica, como se hace posteriormente, el fenómeno de la transferencia, aparece sistemáticamente y las diferencias radican en el manejo que esta situación.

El aporte de la filosofía existencial es una apertura definitiva en la posibilidad de enfrentar a los pacientes con una actitud más centrada en sus posibilidades y deseos de cambios, que en la habilidad terapéutica. En este contexto, la terapia gestáltica, que ponía el acento en la responsabilidad del paciente, dá los instrumentos para favorecer esto, facilita enormemente la tarea. Y la primera sorpresa es la facilidad con que se puede manejar situaciones transferenciales que. antes podrían ser tortuosas.

A modo de ver, se diría que lo que aquí ocurre es que el terapeuta no "cultiva" la transferencia, como no cultiva la neurosis en el paciente. Desde el inicio está absolutamente alerta a devolverle al paciente sus emociones y sus proyecciones. No le permite que responsabilice a otros de lo que le ocurre a él, ni menos acepta ser el depositario de partes o aspectos del paciente, que éste debe asumir.

La terapia gestáltica, en vez de crear una neurosis, pone énfasis en lo que puede ser una relación no neurótica para el paciente. Esto último está en total acuerdo con lo que la Escuela de la Psicología del Yo describe como "alianza terapéutica". Según Zetzel la relación real es el núcleo a cuyo alrededor puede desarrollarse una alianza terapéutica más madura, incluso en el caso de un paciente psicótico. El modo de trabajar lo que ocurre en un grupo, o con el terapeuta en gestalt, es a través del darse cuenta en el aquí y ahora". El terapeuta que tiene una orientación gestáltica jamás está escuchando solamente al paciente. Lo observa en su totalidad y desde ahí puede percibir un cambio de coloración, un gesto que se repite o una contractura muscular. Así, por ejemplo, un dedo que se dirige acusador hacia nosotros, puede transformarse (al continuar repitiendo el movimiento, en un continuum de awareness) en un látigo que lo persigue, o en un círculo opresor que lo envuelve y asfixia. Y el paciente en una indefensa criatura que no tiene, o cree no tener la fuerza o el deseo de salir. Cuando el paciente completa esta situación y logra salir de ella se da cuenta que la omnipotencia o el rechazo, que creía percibir en el terapeuta, corresponde a lo que pudo haber recibido o fantaseado de uno de sus padres. El terapeuta ha pasado a ser un aliado de la parte sana del paciente. Interpretar el gesto como una acusación, aunque podía corresponder a lo que superficialmente estaba ocurriendo, habría sido aliarse y reforzar la defensa del paciente. Esta vez hubo una experiencia emocional correctora. Vivió la situación de otro modo. La persona fue capaz de conectarse con esa sensación, completar su gestalt, y no evitarla fóbicamente una vez más. Esta vez hubo un adulto, el terapeuta, que creyó que él podía o tenía que vencer aquel obstáculo sin asfixiarse o esconderse. No se apresuró a tranquilizarlo, ni tampoco lo ayudó a negar el obstáculo.

En gestalt tampoco se acepta que el paciente transfiera sus propias capacidades o nos vea como el padre o la madre todopoderosos.

## **PSICOTERAPIA GESTALTICA.**

Fritz Perls fue el principal artífice del nacimiento de esta modalidad psicoterapéutica, influída principalmente por el existencialismo, el psicoanálisis freudiano y reichiano, el budismo zen y la psicología de la Gestalt (teoría de la percepción que revela al perceptor como participante activo de tal proceso). Perls tuvo una limitada vocación teórica, y prefería centrarse en la práctica clínica, de forma que principalmente publicó protocolos comentados de sus sesiones.

En palabras del propio Perls, el enfoque gestáltico "trata de comprender la existencia de cualquier suceso a través del modo en que se produce, ...trata de comprender el devenir merced al cómo, no al porqué". Se ha conceptualizado su terapia como un enfoque conductista-fenomenológico, en el que se consideran los

hechos internos o experiencias como conductas, y se busca la forma de volverlos externos, manifiestos, especificables y comunicables.

-Del crecimiento y el encuentro. La vida es un proceso de experiencias y vivencias externas/internas en continua progresión y totalidad, aunque la conciencia destaca formas concretas sobre ese fondo. La base de la terapia gestáltica es el crecimiento en permanente contacto con el mundo exterior e interior. Todo organismo ha de existir en relación con su entorno, pero esta relación comporta un matiz agresivo (asimilador) por lo demás necesario y positivo. De hecho, en todo proceso humano, desde el más biológico al más espiritual, se da este proceso de asimilación de lo ajeno, transformación de lo útil en propio, y eliminación del sobrante, al igual que cuando sentimos hambre o sed.

Pero el entorno del ser humano es básicamente social; su mundo es siempre social, y debe encontrar continuamente soluciones comunes. Por ello, el marco de comprensión fundamental del ser humano es el encuentro: "yo y tú, aquí y ahora". El organismo se coteja con su medio a través de un ciclo de contacto, en el que las necesidades vigentes en cada momento destacan una figura en el medio, y guían la acción del organismo hacia su asimilación. Conforme surgen las necesidades, las situaciones inconclusas, precisamos ponernos en contacto con el mundo para satisfacer esa necesidad emergente; el mundo se abre, y es ese ver lo que llamamos salud. Esta es la base del crecimiento, que evoluciona hasta un punto final de "continuo de conciencia" (en el sentido de "percatación"). Y tal proceso de maduración supone un paso progresivo del apoyo ambiental a la autonomía, excepto en el caso del desarrollo neurótico, en que se usa el potencial propio sólo para movilizar al ambiente para conseguir apoyo. Esto lleva, antes o después, al "impasse", de forma que no movilizamos ni los recursos propios ni el ambiente.

-Perturbaciones del contacto. La evitación del contacto tiene una cara doble: por un lado, se producen interferencias en el desarrollo pleno del organismo (resistencias, bloqueos, corazas caracteriales), pero a la vez supone un valor de supervivencia (mecanismo de protección, estrategia de dominio). Es fundamental comprender esta paradoja: la resistencia o bloqueo es para el paciente un auxilio o ayuda; son las dos caras de la misma moneda. Por lo tanto, la neurosis puede entenderse como una maniobra de protección frente a una amenaza grave. Y estos mecanismos perturbadores del contacto toman varias formas:

- Proyección: rehusar el material a asimilar; se devuelve al exterior.
- Introyección: recibir un material indigesto, que permanece sin asimilar.
- Retroflexión: se dirigen hacia sí mismo los impulsos que deberían dirigirse al medio; se inhiben con frecuencia las reacciones espontáneas.
- Confluencia: el organismo se fusiona al medio y se pierde el límite entre "yo" y "tú".
- Deflexión: evitación del contacto íntimo con el exterior.
- Desensibilización: anulación de las sensaciones.

El resultado en cualquier caso es el impedimento de la asimilación y el crecimiento. Esto genera un modelo de la neurosis en cinco estratos, que se intentan luego trabajar en terapia:

- Estrato falso: es la persona "como si", representa roles, juegos, persigue un ideal, que en el fondo lo aleja de sí mismo. Hay una renuencia fundamental a aceptar las experiencias desagradables.
- Estrato fóbico: la objeción a ser como somos, el lugar de los "no se debe".
- Estrato del impasse: sensación de vacío, de estar muertos, de no ser nada, de confusión.
- Estrato implosivo: se paralizan y quedan inactivas las energías necesarias para vivir.
- Estrato explosivo: se liberan las necesidades y sentimientos bloqueados, y se expresan de manera adecuada; la compresión se convierte en expresión.

-Técnicas de intervención. La terapia gestáltica propone una teoría paradójica del cambio: "el cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es". Básicamente, analiza las resistencias o bloqueos, pero no para eliminarlos, sino para experimentarlos; no importa tanto el contenido como el proceso. Por esto, se permite el uso de casi cualquier técnica, mientras se utilice bajo la filosofía implícita al enfoque: desde el trabajo corporal de Reich, al psicodrama de Moreno; los sueños; los señalamientos de postura, voz o gestos; la "silla vacía"; etc.

Las características fundamentales de la intervención terapéutica incluyen:

- Apoyarse en conductas reales actuales, que tengan interés actual del organismo.
- Evitar la interpretación en lo posible.
- Buscar intensificar el sentido de responsabilidad del paciente por su propia conducta.

En definitiva, se persigue desbloquear la toma de conciencia, reintegrar lo segregado de sí-mismo, y la estrategia global consiste en la alternancia de apoyo y frustración mientras se atraviesan los estratos descritos.

Las técnicas son seleccionadas, pues, en función de su utilidad para promover una mayor toma de conciencia, un mayor contacto con las propias resistencias. Giran en general en torno a las reglas y los juegos, y frecuentemente se realizan en situación de grupo.

Las reglas no deben entenderse como órdenes; no son listas de lo que se debe-no se debe hacer, sino que suponen una situación de prueba en que cada cual manifiesta su particular forma de evitar experimentarse plenamente a sí mismo y al ambiente. Las principales reglas son:

- El principio del "ahora".
- Toda comunicación incluye un "yo" y un "tú".
- Personalizar el lenguaje impersonal: la semántica de la responsabilidad y la participación.
- Empleo del continuo de conciencia: insistencia en el "qué" y el "cómo"; "abandona tu mente y recobra tus sentidos" (Perls).
- No murmurar: estimular la comunicación directa.

Los juegos son muy variados; casi infinitos, pueden ser inventados por terapeutas creativos. El juego supone una metacomunicación sobre la conducta social; en el fondo, toda organización social puede ser asimilada a un juego. Se trata de tomar conciencia de nuestros juegos, y sabernos libres de cambiar los que no nos satisfagan en la medida de lo posible.

Juegos importantes son:

- Juegos de diálogo: el paciente representa un diálogo entre dos componentes en conflicto en sí mismo, o entre él y otra persona.
- Juego de las proyecciones: el paciente ha de comportarse como la proyección que ha desarrollado sobre otro.
- "Me hago responsable": el paciente añade esta coletilla a cualquier proposición suya.
- Antítesis: se pide al paciente que represente el papel contrario al que está en la base de su sufrimiento.
- Exageración: llevar determinadas pautas al extremo, para experimentarlas con toda su intensidad.

En suma, encontramos de fondo una exposición total al mundo interno y externo, debidamente balanceada entre el apoyo y la frustración, y encaminada a la toma de conciencia, la adopción de la propia responsabilidad, y la liberación de los recursos propios que permitan reiniciar el proceso de maduración.

-Indicaciones y límites. Aparte de la norma común a toda psicoterapia que exige una capacidad, formación y experiencia adecuadas al terapeuta (que en este caso incluye también el poder ofrecer una sólida presencia real al paciente, el soportar la expresión intensa de emociones en otro, la capacidad de vivir el presente), debe concentrarse el uso de esta modalidad en personalidades constreñidas, evitativas, coartadas, pero con suficiente "fuerza yoica"; en sujetos tendentes al "acting out" es problemático y requiere gran sutilidad en su manejo.

Al mismo tiempo, hay que tener cuidado en situar la clave del propio destino excesivamente dentro del paciente, pues no debemos olvidar los sistemas de que forma parte, y que fuerzan sus propias constricciones y limitaciones.

Quizás el requisito más importante se centre en el propio terapeuta, en la medida en que efectivamente comparta y viva la filosofía básica de esta orientación.

## **TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE.**

Es obra de Carl Rogers, psicólogo influido por la psicología de la Gestalt, Kierkegaard, la variedad psicoanalítica de Otto Rank, y las teorías del aprendizaje operante, de las que absorbió su insistencia en el método científico experimental y en la operacionalización de la relación terapeuta-paciente.

-Teoría de la personalidad: Expuesta en 19 tesis en 1951, se resume de la siguiente manera:

- Todo organismo concibe como realidad su campo de experiencia y percepción, del cual es centro. Reacciona frente a esa realidad como un todo, manifestando tanto su tendencia a la conservación, como a la autoactualización o crecimiento.

- Su conducta busca satisfacer sus necesidades dirigiéndose a metas según el campo percibido. Para comprender la conducta, hemos de comprender el sistema de referencia interno del organismo.
- Una parte de ese campo perceptivo total se va diferenciando como resultado de la interacción con el medio hasta formar el sí-mismo. Este toma sus valores tanto de la experiencia como de otros significativos.
- Ante las nuevas vivencias, puede haber congruencia (en cuyo caso se simbolizan y asimilan) o no: si la experiencia y la autoimagen discrepan mucho, se crea un conflicto entre el mantenimiento de la autoimagen (el sí mismo) y la satisfacción de necesidades (el organismo); surge la angustia, la estructura del sí-mismo se rigidifica a fin de conservarse, y la tendencia a la autoactualización queda en suspenso.
- Si no elicitan amenaza, las experiencias serán generalmente asimiladas, lo que supone una cierta flexibilidad del sí-mismo para integrarlas. Por ello, una persona que percibe sus experiencias y las recoge en un sistema consistente e integrado será más comprensivo y tolerante con los demás y más flexible consigo mismo, y poco a poco regenera su sistema de valores en función de sus experiencias.

-Actitudes básicas del terapeuta: Rogers conceptualiza 3 variables necesarias y suficientes para una terapia constructiva; éstas se centran en el terapeuta, pero no son simplemente conductas, sino actitudes o perspectivas fenomenológicas que, de acuerdo con la base teórica expuesta, pretenden promover las condiciones que nutren el crecimiento o tendencia a la autoactualización. Son:

- Autenticidad: Sinceridad consigo mismo, autointegración; totalidad y veracidad del terapeuta en la relación. Ello "significa evitar la tentación de esconderse detrás de una máscara de profesionalismo"; así se posibilita la confianza del cliente, y se le permite apoyarse en su autoexploración. Se expresa en gran medida de forma no verbal y es, probablemente, la condición actitudinal más importante. Consideración positiva incondicional.

Implica aceptación, respeto, deseo de encuentro sin manipulación ni juicio. No es compartir sus actitudes, sino respetarlas. Se distingue el valor de la persona como tal, del valor de sus acciones.

- Comprensión empática Es la capacidad de comprender a las personas en su estar en el mundo. Lo más susceptible de entrenamiento sería la verbalización de emociones, en que se devuelve al cliente lo que de él se ha comprendido. Pero en ello no hay interpretación, sino devolución "en espejo". Lo esencial es la comprensión del otro, y esto exige también la capacidad de comprender los propios sentimientos y vivencias.

Una relación de estas variables y sus componentes más consensuados se expone a continuación.

Actitudes básicas del terapeuta y componentes:

1. Autenticidad.

Refuerzo no verbal.

Falta de énfasis en el rol de terapeuta.

Congruencia.

Espontaneidad.

Autorrevelación.

2. Consideración positiva.

Compromiso incondicional.

Esfuerzo por entender.

Actitud no valorativo.

Protección razonable.

3. Comprensión empática.

Mostrar deseo de comprensión.

Tratar lo que es importante para el cliente.

Uso de respuestas verbales referentes a los sentimientos del cliente.

Respuestas verbales que reflejan mensajes implícitos del otro.

Medios no verbales (contacto directo a los ojos, postura directa y abierta, seguir el ritmo).

-El proceso terapéutico: La tendencia a la autoactualización: es la pulsión del crecimiento, de autoperfeccionamiento, de superación de obstáculos, de maduración. Existe en todo organismo, incluso a nivel celular; es inherente a la materia viva.

- El sí-mismo: supone una consciencia diferenciada de ser y actuar. Este referente constante guía la acción de la persona, y la integración o negación-desfiguración de las experiencias.

- Experiencing: elemento crucial de la terapia, supone experimentar en la consciencia de forma plena y aceptable un sentimiento hasta ahora reprimido. Ello produce un cambio psicológico y fisiológico, logrando un nuevo estado de insight. De aquí se ha desarrollado autónomamente la psicoterapia de expresión.

- Focusing: o enfoque; profundizar en la vivencia, focalizarse en ella hasta entrar en el cambio fisiológico concomitante.

En un clima de autenticidad, aceptación y empatía, el cliente puede liberar sus tendencias a la autoactualización, desarrollando así más autonomía, aceptación y autorrespeto, flexibilidad, creatividad y "awareness". Los sentimientos positivos se generan en la congruencia entre la estructura del sí-mismo y el ambiente. Un sí-mismo que alimente conflictos interiores motivará la negación o distorsión de las percepciones amenazadoras, lo cual puede finalizar en patologías que estrechan la conciencia y petrifican la autoactualización. Una cultura homogénea puede facilitar mecanismos de tolerancia de la discrepancia, pero en nuestra heterogénea cultura moderna, se hace continuamente evidente.

En la relación terapéutica descrita, se libera de la amenaza, se acepta el sí-mismo y las propias inseguridades, y se potencia la reorganización. La mayor congruencia, la menor defensividad, y la apertura a la experiencia permite así ser más efectivo con problemas y relaciones, más autodirigido, y menos tenso.

-Investigación: Es la forma de psicoterapia que más investigación empírica ha generado. La conclusión más importante es que los terapeutas empáticos, cálidos, genuinos y no posesivos, son efectivos independientemente de su formación u orientación teórica, en una gran variedad de pacientes o clientes, y tanto en psicoterapia individual como de grupo. Esta efectividad se expresa en un autoconcepto más positivo y realista, mayor expresividad, mayor capacidad de experimentar, y mejor manejo del estrés. Igualmente, niveles bajos de esas actitudes básicas dan lugar a peores resultados clínicos.

Estos resultados se han obtenido también en marcos educativos, confirmando que "el potencial de autocomprensión de la persona, de acción independiente y rendimiento, se pone en acción en función de las cualidades de la relación terapeuta-cliente". Sin embargo, ni en entornos psiquiátricos ni en los educativos se toman en consideración estos hallazgos con la seriedad deseable. Las posibles explicaciones, según Rogers, van desde la resistencia al cambio de las orientaciones tradicionales, a la amenaza implícita al estatus de experto del psicoterapeuta al propiciar el autogobierno y toma de decisiones del paciente.

Rogers también ha potenciado la investigación del proceso, que conceptualiza dividido en siete niveles, y cada uno de ellos integrado por siete variables.

Entre sus aplicaciones más destacadas están la educación, procesos de grupo, liderazgo, organización industrial, relaciones de pareja, resolución de conflictos y otros.