

MESA DE PONENCIAS:

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TERAPIA GESTALT

LA ESCUCHA GESTÁLTICA. (EL QUÉ, CÓMO, CUÁNDO DE LA ESCUCHA TERAPÉUTICA). Iñaki Zapiroain.

EL PROCESO TERAPÉUTICO. Enrique de Diego Gómez.

EL IMPASSE. Eva Useros.

CONTRATRANSFERENCIA Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. Adelaida López Alonso.

EL PODER EN LA TERAPIA. Vicente Cuevas

LA ESCUCHA TERAPEUTICA

Iñaki Zapirain Iturraran

1.- Introducción.

Cuando se produce el encuentro terapéutico me topo con un ser doliente repleto de capas mediante las que oculta su dolor, sus heridas y mostrando diversos rostros de sufrimiento . En ese encuentro, resulta esencial, la necesidad de crear un puente, una canalización asentada en un “ ESTAR AHÍ “, donde subyace una actitud receptiva, (cual “puzzle” perceptivo), sensible hacia los diversos lenguajes de ese otro ser.

Desde el espectro de posibilidades de percepción,(visual, emotivo, auditivo,...), se configura una epistemología global que integra y esculpe la PRESENCIA del terapeuta en la relación terapéutica. Y en el corazón de esa presencia perceptiva integral, se halla la **ESCUCHA TERAPÉUTICA** que con su propio espectro fenomenológico guarda en su seno un poderoso motor de INTROVISIÓN.

2.- LA ESCUCHA COMO CREACIÓN DEL ESPACIO TERAPÉUTICO.

La ESCUCHA TERAPÉUTICA constituye inicialmente, en mi opinión, todo un “retorno al origen” a la actitud básica Gestáltica en cuanto apoyo en la herramienta esencial del proceso terapéutico: el propio terapeuta como canal y cauce de creación de un espacio matriz, desde el cual propiciar un encuentro creativo donde puedan emerger irrupciones comprensivas así como generar los movimientos perceptivos y las zambullidas emocionales necesarias para el proceso alquímico madurativo.

Ese “retorno a la esencia” implica un acento en el poder de la actitud del terapeuta en cuanto plasmación de un **ser/ estar ahí** que implica sencillez, atención flotante, actitud respetuosa sobre la sintomatología observada, permiso y aprecio por las propias visiones, percepciones, etc., que implica asimismo una cierta no-intención, una renuncia de actitudes o ganancias narcisísticas, y una sensibilización por los diversos lenguajes .

Incluye en definitiva una posición de confianza en el impulso de individuación de ese otro enfangado en vivencias auto-limitadoras, en concordancia con una **fidelidad** con las **propias percepciones** .

Así, más allá de los diversos modos de aproximación a ese otro con el que establecemos el contacto terapéutico los mapas teóricos de acceso, tal vez para acrecentar nuestra seguridad ante lo contundentemente inefable de las vivencias esenciales del hombre y la interacción humana, se halla, en suma, el reinado de la ESCUCHA SENCILLA, silenciosa, esencial, global e integradora, generadora de un espacio donde puedan transitar las emociones, los recuerdos, las sensaciones, las visiones,...que constituyen los nudos que van hilando las líneas del tiempo psicológico.

Esta escucha que hunde su raíz en una profunda necesidad como seres humanos de ser oídos, sentirnos vistos, escuchados y respetados, constituye un autentico espacio de individuación que incluye todo el recorrido de autorrealización con sus procesos de descenso a los infiernos personales y los ascensos renovadores.

Asimismo, éste espacio de escucha terapéutica adquiere diferentes coloraciones asociadas a las diversas atmósferas emocionales que puedan irse generando. Son las METÁFORAS del ESPACIO TERAPÉUTICO.

Así, van instaurándose los espacios relacionados con la intimidad (cual cofres, rincones) o los espacios regresivos como nidos donde van gestándose primitivas vivencias. Ahí está el castillo como espacio de protección, o la selva como lugar repleto de instintos. O los valles y los montes donde realizar nuestros heroicos ascensos y desplegar los gozosos descensos.

Y cómo no, aparecen las oscuras grutas, las cavernas, donde se ocultan nuestras ignotas y sombrías vivencias.

Desde las diversas formas que pueda adquirir el espacio terapéutico, a partir de una escucha creativa, desde las grietas y los hiatos de la mente, brotan las voces, las imágenes, las visiones, desde donde uno puede construir puentes de comunicación profunda e interacciones terapéuticas de hondo calado.

En una sesión con un paciente, cuando él compartía una serie de graves conflictos familiares visualicé dos tornados que giraban formando poderosas y frenéticas espirales, donde una espiral le atrapaba y le propulsaba a la otra.

Después de compartirle mi imagen, fuimos ahondando hasta configurar un cuadro, una especie de diagrama en forma de escenario eco-sistémico donde él se identificaba con un tornado interno que representaba un hondo sentimiento de culpa en relación a la muerte de su madre (suicidio) y un tornado externa plasmando de forma gráfica la situación de intensa conflictividad acaecida por los comportamientos auto-destructivos del hijo de su pareja.

Del juego psicológico transicional conjunto, realizado a partir de esa imagen, pudo integrar sus impulsos de expiación, compensación y percatarse de sus dolorosos intentos de reparación, ubicándose en su familia actual a partir de ansiedades, actitudes que desembocaron en las intensas vivencias depresivas que lo inundaban en su último periodo vital .

Asimismo, pudo iniciar un proceso de re-ubicación, dándose posteriormente un tiempo de consideración en relación a dónde y cómo podía y quería posicionarse (dentro de sus necesidades y límites) para irse re-situándose en el entramado familiar desde una posición más saludable.

Pudo guardar así de forma visualizada, un vislumbre claro del potente atractor que suponía la desgarradora vivencia culpógena, originada a partir del tremendo episodio inconcluso indigesto del suicidio de su madre (hacía ya bastantes años) y que aparentemente se había sedimentado en el fondo de su mente, impeliéndole a generar impulsos compensatorios.

En definitiva, después de lo expuesto en relación a esa necesidad primigenia del ser humano de ser escuchados, vistos, tenidos en consideración (en nuestras heridas, caídas vitales, derrotas,...en el dolor inherente a la andadura existencial) , quisiera señalar y subrayar algo tan obvio como el hecho de tener en cuenta lo terapéutico que resulta la ESCUCHA, la mera escucha sin más . Todo ello, más allá de desvirtuadores consejos, deberismos limitantes, actuaciones paternalistas (nacidas de las propias ansiedades del terapeuta y, que en cierto modo remiten al escuchado a una posición de insuficiencia), más allá de apriorismos o conceptualizaciones, que hurtan al escuchado de recorrer por sí mismo los senderos del proceso terapéutico con sus diversos recovecos...

Es en definitiva esta escucha sin más la que en momentos cruciales de tránsitos dolorosos sirve de presencia y acompañamiento a ese ser dolido y doliente que muestra su sed de escucha.

3.- ESCUCHA Y SINTONIZACIÓN : PERCEPCIONES EN EL ESPACIO TERAPÉUTICO.

3.1. El Poder de la escucha en su sencillez.

Habiendo señalado la importancia terapéutica de esa escucha sencilla generadora de comprensión e imán de insights, irrupciones y destellos de comprensión e integración, quisiera apuntar ahora, la importancia de esa actitud interna del terapeuta en la escucha en

cuanto poder ir entrando en las frecuencias del funcionamiento mental, emocional y somático del paciente.

Deviene aquí, todo un proceso que se materializa en la dinámica de sintonización con ese ser que desea y teme mostrar y mostrarse en ese horno alquímico que resulta el espacio terapéutico.

3.2. Escucha y Sintonización (Percepciones desde el **cuerpo**).

Resulta esencial a la hora de plasmar un canal de sintonización en la escucha con/hacia/desde el otro, la creación de un “hogar” interior que conlleva la implicación corporal en el que se incluyen lo sensorial, lo visceral y todo lo energético, así como la conexión con los diversos canales perceptivos de acceso al mundo, los sentidos.

Todo ese espacio corporal puede convertirse en el ojo de la carne, en una escucha visceral, un oído sensorial que integran un poderoso CANAL de ESCUCHA desde donde captar las ondas de frecuencia y SINTONIZAR con el otro. Así, lo percibido en el espacio interior del terapeuta no interfiere sino que crea puentes con el otro.

En la **dinámica pendular básica de la escucha** en la que la atención va desplazándose bien hacia el espacio interior del terapeuta, bien hacia el espacio exterior, resulta esencial la conciencia somática, la presencia corpórea en cuanto que se convierte en una especie de “tambor” chamánico que resuena.

El **cuerpo**, la energía, se convierte en un canal, un **campo de resonancias** repletas de vibraciones y sonidos que tenidas en cuenta y escuchadas, pueden ser, traducidas para amplificar la conciencia de ese presente vivo que se despliega en la relación terapéutica, en el espacio terapéutico.

Recuerdo el caso de una mujer aquejada de una grave enfermedad en remisión que iba a vivir una última intervención quirúrgica y se mostraba aparentemente serena exponiéndome sus planes en relación a lo profesional, expectativas de futuro, etc.

Fui sintiendo una leve punzada a la altura del diafragma a la que inicialmente no presté mucha atención.

En la persistencia de esa sensación focalicé mi atención ahí hasta percatarme de que sentía que algo no iba bien en ella. Posteriormente me fui sintiéndome cansado y el cuerpo pesado. Pude ver algo tan obvio que más allá de lo ilusionante de culminar un proceso como el suyo, ella no había elaborado todo un cúmulo de sentimientos que se habían agolpado en la “mochila” de su espalda y que emergían desde dentro intentando saltar la capa diafragmática.

Pude mostrárselo y me impactó el hecho de que me manifestara que efectivamente había puntos de angustia que estaban apareciendo y que negaba. Pudimos comenzar a abordar paulatinamente una serie de renunciadas que había vivido durante el proceso de su enfermedad y que despertaban en ella sentimientos y ansiedades agresivas y depresivas, con sus ansiedades de lucha, evitación y huida.

También los **canales de los sentidos** resultan enormemente enriquecedores a la hora de captar y percibir aspectos esenciales que irrumpen en el magma interaccional de la relación terapéutica. Estos **canales de sintonización** que constituyen los sentidos, resultan auténticas vías de rastreo y de acceso a las frecuencias en las que nos movemos los seres humanos.

Rastrear desde el olfato, captando aromas, rastrear desde lo visual las coloraciones, posturas, esculturas del otro o desde lo auditivo poder recibir los tonos, los timbres, las modulaciones o rastrear desde las oleadas de lo táctil,...etc., permiten configurar toda una **red de escucha**, favorecedora de la introspección.

Me viene a la mente, el caso de un hombre de 45 años, que se quejaba reiteradamente de ciertos conflictos en la relación de pareja, incluyendo determinados conflictos sexuales.

Recuerdo sesiones en las que en determinados momentos emitía un determinado olor que sin ser desagradable resultaba extraño. Atendiendo a ello, visualicé una verja que rodeaba un terreno. Era como si fuera la expresión de un sobre-límite. Ofreciéndole mi percepción y mi imagen pudimos ir adentrándonos en conflictos relacionados con la intimidad, la necesidad y vivencias angustiantes asociadas con la dependencia (y sus fugas y actitudes contra-dependientes).

Finalmente, quisiera añadir a este apartado relacionado al canal corporal (que instauro la danza y el entrelazado de los gestos, miradas, sensaciones, movimientos energéticos que configuran la red de comunicación de la relación terapéutica), la importancia, la potencia de la PRESENCIA SOMÁTICA, en cuanto que cristaliza, sugiere, plasma el enraizamiento en la **realidad existencial** .

3.3. El Cuerpo Metafórico (o las esculturas que impactan)

Desde la perspectiva señalada del CUERPO como canal y realidad existencial, puede emerger una renovada conciencia del cuerpo de cada ser humano como escultura viviente. Son las metáforas vivientes que deambulan por la vida desde múltiples manifestaciones.

Transitando los senderos de la terapia, podemos observar, percibir, escuchar los cuerpos de nuestros pacientes, permitiendo que nuestra percepción visualice los cuerpos dolientes en sus múltiples manifestaciones y permitiendo que nuestra escucha acceda a esas imágenes dejando hablar a las esculturas vivientes de nuestros pacientes.

Así, van irrumpiendo cuerpos de niños, cuerpos de adolescentes que se retuercen ante el pánico de los volcanes instintivos que asoman, pies que arrastran cuerpos, o que permanecen colgados de lejanas imágenes ; o cuerpos mutilados, cuerpos ausentes, fantasmagóricos, jugando el penoso juego de renunciar a vivir, tal vez, porque se apropiaron de sus vidas y tuvieron que deshabetarlas ; cuerpos avergonzados de pecados primigenios; cuerpos domesticados, ; cuerpos agotados de heroicos empeños ; cuerpos armados, ocultos o disociados,...etc.

Pero también podemos captar los lapsus de los cuerpos dolientes, los síntomas y enfermedades cargados de mensajes sepultados en escombros, rodeados de sufrimiento.

Escuchar al cuerpo es la vía regia, un canal directo que constituye un re-encuentro con la profunda sencillez de los ritmos naturales.

3.4. Fenomenología de la Escucha .

A la hora de apuntar los fenómenos básicos de la escucha terapéutica, quisiera señalar tres elementos que considero cruciales :

- La **actitud interna** del terapeuta, pudiendo acentuar la presencia ‘per se’ como motor de introvisión (incluyendo una actitud de escucha meditativa silenciosa, más allá de los juicios y conceptualizaciones) donde se halla intensamente implicado el cuerpo . Esta actitud consiste en un dejar sitio en el cuerpo-mente para una escucha integradora.
- La **dinámica de la atención** (y la necesidad de re-educar permanentemente nuestra capacidad de focalizar nuestra atención) .Resulta esencial, para ello, mantener esta disposición generando una actitud de permanente aprendizaje, de re-inicio constante en la practica de la atención.

- La **dinámica polar, pendular de la escucha** (tanto a nivel de escucha interna o externa como de desplazamiento energético en cuanto movimiento vertical y horizontal),todo ello dentro del espectro polar resultante de la atención flotante.

3.5. Los desplazamientos energéticos de la Escucha .

La escucha conserva en su seno una especie de ritmo pulsátil, establece una especie de vaivén que complementa un desplazamiento hacia / desde el mundo interior, hasta / desde el mundo exterior .Configura una doble vertiente que va en consonancia con los ritmos y procesos naturales, organísmicos. Resulta todo un espectro de posibilidades en el continuum de la **atención flotante** .

Quisiera resaltar, aquí, tres movimientos en la escucha:

- Por un lado, un movimiento en el espectro del eje horizontal que tienen que ver con el mundo interno y el mundo externo del terapeuta (la percepción interna y la externa).
- Por otro, un movimiento en el eje vertical, donde se producen las zambullidas emocionales y psicológicas (con sus descensos a los infiernos personales y los ascensos renovados).
- Finalmente, un movimiento perceptual de focalización empática en el que el terapeuta se adentra microscópicamente en los contenidos emergentes, (siendo ellos, adentrándose en su núcleo) y por otro lado, desplegando un movimiento de alejamiento y mirada panorámica, como si uno se subiera a una montaña y pudiera observar los asuntos con esa perspectiva.

A modo de ilustración quiero plasmar aquí, el ejemplo de una paciente, una mujer que se hallaba en un periodo de impasse y en un momento determinado de una sesión , en medio de un discurso repleto de quejas, inició un suave movimiento en el brazo del asiento, expresando suaves caricias con los dedos.

Realmente, lo impactante no fue solo la observación de aquel movimiento en aquel momento (inmersa en aquel tono de voz quejoso) sino que al aproximarme y focalizar mi atención en aquel pequeño y delicado movimiento (a lomos del “zoom”) , sentí una sensación verdaderamente cálida y, apareció en mí, la imagen de un recuerdo relacionado con un monte y una campa donde el viento acariciaba de forma delicada las briznas de hierba, como acunándolas. Pensé que representaban algo así como una caricia respetuosa y delicada.

Le comenté la imagen, transmitiéndole la sensaciones que había recibido (en concreto ternura, delicadeza y respeto) . Después de unos minutos de silencio, irrumpió en un llanto inicialmente entrecortado que se transformó en un sentimiento profundo, expresado con mayor fluidez.

Pudo ver, asimismo, algunos aspectos relacionados con su bloqueo afectivo y asociar determinadas escenas de marcado carácter invasivo por parte de las figuras parentales.

En otro caso de una mujer de unos 50 años, de sintomatología depresiva y con marcadas características de índole masoquística (tanto a nivel de estructura psicológica como de estructura somática) y con una potente actitud de resignación vital, la visualicé en una sesión , de forma nítida , con un enorme equipo de buceo, con una enorme escafandra y descendiendo ininterrumpidamente, hundiéndose hasta llegar al fondo marino lleno de fango, donde transitaba y caminaba de forma penosa e incómoda.

Vi clara su renuncia, su denso victimismo, la asunción de su pesada carga y lo mecánico y automático que resultaba su actitud, así como el soterrado y callado dolor que había detrás de su resignación.

4.- LA ESCUCHA FENOMENOLÓGICA.

El terapeuta se convierte en un pescador de fenómenos que se despliegan, sosteniéndolos, viéndolos, en su mostración gradual, (como un pez que emerge y aparece ante nuestra vista, o una botella enviada por el mar, deseosa de ser desvelada).

Más allá de los juicios e introyectos de cómo deben de ser las cosas, en la escucha fenomenológica, se acentúa, una actitud de **mirada abierta, respetuosa** con lo emergente, para que pueda ser comprendida en su manifestación, en su plasmación. Cuando un gesto, un sonido, una emoción nace en el discurrir de una sesión, ésta, se nos muestra demandando sencillamente, ser vista, escuchada, desvelada, tocada y como consecuencia de todo ello, comprendida.

4.- ESCUCHA E INTUICIÓN .

Desde diversos ámbitos del conocimiento humano (antropología, filosofía, psicología, fenomenología de la ciencia, la hermenéutica,..la medicina arcaica, el chamanismo, la fenomenología y el estudio comparativo de las religiones,...el arte,...etc.) , podemos constatar el interés de adentrarse en el estudio del espectro de la intuición desde diversos ángulos: las experiencias irruptivas, las visionarias, la inspiración, la imaginación poética, los trances provenientes de raptus emocionales, las revelaciones y experiencias curativas, las experiencias místicas, las iluminativas,...

4.1. Fenomenología esencial de la Intuición .

Quiero plasmar aquí una concepción de la intuición en un sentido amplio, integral, en cuanto que puede provenir de un impulso, un sentimiento, una visión, una emoción, una experiencia auditiva, sensorial, instintiva, irracional,...y que en definitiva propicia una percepción clara, directa, desnuda. Por ello, planteo la **intuición** como un **punte**, que en su desnudez resulta una catapulta directa **hacia lo esencial** .

Bergson (o el pensador de la intuición como se le ha venido en llamar), concibe la intuición como un “órgano mental” o facultad del espíritu.

Señala que, “...*el momento iluminador de la intuición sólo será posible tras purificar nuestro ánimo de toda actitud en la que predomine la finalidad de controlar o dominar lo real...y...contemplantarlo tal como es en sí de forma desinteresada...*”. Apunta además que, “...*liberarse de las palabras, trascender los conceptos, purificar nuestra actitud son tres condiciones necesarias de la intuición...*”.

Desde la perspectiva esencial de la Gestalt, la ESCUCHA INTUITIVA propicia un “mágico abrazo” con el poder de lo obvio, no solo en su sentido explícito, sino también en lo sutil, pequeño, implícito y lo subliminal.

Desde ese “mirar desde dentro”, la intuición deviene en imagen, visión; deviene en emoción ; en percepción encarnada, sensorial (como apunta Assagioli, deviene en una especie de apertura de un “ojo interno”).

Muchas veces, las intuiciones (adoptando la forma que sea) devienen en atractores en un campo magnético que configuran un eco-sistema integral, holístico .

Así, un atractor (en referencia a las modernas teorías del caos) plasmado en forma de una intuición imaginal, emocional, sensorial, instintiva,... ejerce una atracción magnética sobre una parcela del sistema y parece arrastrar al sistema hacia sí. Esa escucha global resulta un

potente imán de atractores que promueve al “cierre”, a la resolución y culminación de asuntos inconclusos.

Una paciente que había pasado por un proceso cancerígeno y tenía ya el alta médica compartía una serie de vivencias relativas a su infancia, cuando apareció en mi mente una sombría imagen de un festín tribal (de algún poblado africano imaginario) . Era un festín canibalístico.

Durante tiempo tuve muy en cuenta esa imagen y poco a poco pudimos trabajar asuntos psicológicos sistémicos del entramado familiar. Afloró con fuerza su posición en el sistema familiar, donde emergió una profunda y dolorosa vivencia de sacrificio y renuncia vital. Ella ofreció “religiosamente” su cuerpo y su vida a su madre y a sus hermanos.

A través de aquella sencilla imagen pude realizar un seguimiento de su proceso, desde otro lugar, con una panorámica más amplia. A través de la imagen, pude obtener un vislumbre gráfico de clarificación del entramado existencial familiar y su ubicación en le red sistémica.

Una imagen, una metáfora representa en ocasiones una especie de holograma que encierra en sí un diseño, un vislumbre intuitivo del conjunto, de la totalidad de la situación.

De esta manera, nuestras intuiciones, en nuestra andadura profesional, constituyen “mariposas” (o imágenes aladas) que pese a su pequeñez o precisamente por ella, arrastran mareas energéticas arrasando planos vitales ya obsoletos o empujando hacia nuevas resoluciones.

4.2. Necesidades y Obstáculos de la escucha intuitiva .

La fenomenología intuitiva se vincula a una especie de “gnosis”, esencial en la escucha terapéutica desde una perspectiva gestáltica .

-- Necesidades de la Escucha intuitiva.

- La importancia de **crear un terreno fértil** desde donde poder escuchar y visionar esos accesos creativos. Para ello, resulta necesario dejar sitio en la mente-cuerpo, donde puedan emerger las irrupciones comprensivas.
Es por ello que resulta esencial conservar una actitud de pasividad alerta en conjunción con un “**domesticado**” de la **soledad** (práctica del “parar” y estar a solas con uno) y una capacidad para disfrutar del **silencio**.
- La importancia de alimentar la presencia corporal, incrementando nuestra conexión con las sensaciones .
- La necesidad de educar permanentemente nuestra atención .
- Practicar, crear una actitud de apertura y receptividad hacia lo emergente, lo que implica una confianza de que algo irrumpirá.
- El acceso a estados de escucha intuitiva de mayor fertilidad, requiere de una práctica de una actitud paciente (o de paciente presencia) para poder dar su tiempo de cocción a los procesos de alumbramiento.

-- Interferencias en la Escucha intuitiva .

- Apego a lo conocido : ideales, figuras de autoridad, determinadas conceptualizaciones , etiquetas diagnósticas, que inhiben la improvisación . En definitiva, temor a construir un espacio de libertad (más allá del deber).
- Creencias auto-limitantes, elevados niveles de exigencia y motivaciones narcisísticas.
- Dificultades con lo irracional, necesidad de controlar, la ansiedad de un cierre inmediato de los procesos en curso, promovido por ese exceso de intención que

nos lleva a olvidar que el arte de la escucha consiste una especie de “obra abierta“, que requiere su tiempo de cocción.

5.- ASPECTOS ESENCIALES .

Resulta primordial apreciar las irrupciones del terapeuta mediante el **afinamiento** del **ojo** y el **oído interno** en su proceso de captación de los destellos que van aflorando (muchas veces en formas microscópicas y sencillas).

En relación a éste necesario **proceso de sensibilización** y después de reflexionar acerca de las interferencias en la escucha intuitiva, quisiera plasmar el caso de una paciente con la que capté sensaciones que se plasmaron en una especie de imagen eidética que inicialmente no supe apreciar (descalificándola tal vez por tildarla de irracional).

Una mujer que sufría de reiterados e intensos episodios convulsivos con pérdida de conciencia. La sensación que me llegaba era como si ella realizara un viaje (una especie de fuga, ¿ viaje astral?).Después de apartar y aparcarse esa visión, volvía reiteradamente la sensación de búsqueda por su parte (en esos episodios).

Cuando de algún modo le compartí mi visión, mi sensación, ella refirió, algo que yo no recordaba: la “presencia” de su hermana muerta. Su hermana murió al de pocas horas de nacer y esto ocurrió año y poco antes de su propio nacimiento.

Pudo ver cómo éste hecho condicionó su nacimiento, su infancia, su propio recorrido destinal. Pudo tomar conciencia del duelo no resuelto de sus padres y de cómo ello solapó su existencia y fue generando sus impulsos de muerte, de “desvanecimiento” (observando paralelismos entre sus desvanecimientos y sus impulsos de muerte).

Lo que me llegaba posteriormente era la imagen de un abrazo con su hermana y al comentárselo, me compartió hondamente emocionada el sueño o la ensoñación que recordaba haber tenido después de un episodio de pérdida de conciencia en la que se encontraba con su hermana muerta.

Era como si necesitara descansar en ella o sucumbir a la profunda sensación de culpa por existir. Ella de algún modo sustituyó a su hermana y dejó de tener entidad propia.

Pudimos ir elaborando esas imágenes que resonaron poderosamente en la paciente, integrando el duelo con su hermana para caminar más sola, pero más ella.

Desde este aprecio a las irrupciones y sonidos interiores, conviene insistir en un permanente **rescate de lo pequeño**. Ante una paciente inmersa en plena fase confusional en la que se agolpaban palabras, impulsos, sensaciones, fantasías,...me vino una sencilla imagen: un cruce con unos semáforos. De éste modo, pudimos “jugar” a ser un semáforo en rojo, en verde, ser una guarda de tráfico y de éste modo, ella pudo vislumbrar algunas prioridades y parar determinados impulsos y ansiedades, aparcando cuestiones que en ese momento no podían ser manejadas o podían esperar.

Desde el proceso de aprendizaje en la escucha desde el terapeuta que soy), resulta esencial, manejarnos con el **silencio** y la **soledad**, pudiendo recrearnos o disfrutar del espacio en soledad (del estar a solas) que permite la creación del espacio fértil desde donde pueden irrumpir las imágenes, los impulsos creativos, intuitivos.

Me viene a la mente el caso de una mujer con una estructura border line inmersa en intensas ansiedades masivas y que intermitentemente caía en fases enormemente desérticas y de aislamiento regresivo. Sus angustias primigenias resonaban en mí creando muros de distancia emocional. Eran las respuestas de mi mundo emocional ante sus potentes ansiedades y que en su dificultad, luchaban por evitar encontrarse con su intenso dolor sepultado. Veía a la paciente junto a un panteón donde “vivía” su madre. Era una imagen

representativa de su situación familiar y de su vinculación emocional con una madre afectivamente muerta a raíz de un episodio de enorme renuncia.

Esta metáfora me ayudó a construir una imagen más esencial de ella

Desde esas “ventanas” que son las “puertas de mi percepción” (desde el terapeuta que soy), puedo percibir a ese otro ser doliente y generar una **escucha** más plena, global e **integradora**.

Una escucha que implica una “**rendición** “, la cual constituye un acto de **renuncia a dominar la realidad** percibida, a apresarla o enjaularla entre rígidas concepciones en las que domina la razón o lo ya conocido.

EL PROCESO TERAPÉUTICO

Enrique de Diego

A su Gestalteza Fritz Perls
y sus honorables seguidores.

**TERAPIA GESTALT= [(Conciencia + Espontaneidad) x (Apoyo + Confrontación)]
Relación.**

Parto de la fórmula matemática aportada por el Dr. Claudio Naranjo¹, esperando que estas reflexiones queden tocadas por su preferencia en la profundidad de lo simple y se alejen de la pseudo-profundidad complicada.

Quiero subrayar con ella que todo intento de definición o reflexión en torno a la Teoría de la Psicoterapia Gestalt ha de ser entendida dentro de este paréntesis que recoge la Relación, el encuentro humano entre dos personas.

INTRODUCCION

Voy a centrar mi intervención en el Encuadre de la Terapia Individual. En mi opinión, es muy poca la literatura y bibliografía destinada al abordaje explícito de este encuadre, en comparación a todo lo vertido acerca de la propia Gestalt, espero que tanto estas consideraciones como las ilustraciones más prácticas y vivenciales que otros compañeros expondrán en forma de casos clínicos ayuden a ir configurando un mayor intercambio de esta práctica, tan íntima como aislada, que plasma el núcleo profesional de la mayoría de los terapeutas.

Uno de los riesgos profesionales del psicoterapeuta en la práctica privada es el **aislamiento** y los terapeutas lo paliamos fundamentalmente con el trabajo de supervisión, obviamente con el tiempo dedicado al trabajo personal y al reciclaje profesional, también con la pertenencia a asociaciones, la participación en seminarios, grupos de estudio, foros o congresos como éste.

Señalo este aspecto para destacar que siendo la Intimidad uno de los factores que definen la relación terapéutica y la configuran es también un factor de riesgo.

Cualquiera de los conceptos aquí manejados ha sido manantial de numerosos ríos de reflexión a los que voy a desatender. También desatenderé a los límites y alcances del paciente (cargado con su diagnóstico, propio u ajeno), del terapeuta (a costas con el modelo de intervención) o del propio tratamiento (también marcado por la escuela de pensamiento de la que provenga) y procuraré centrarme y enfocar aquellos factores de curación propios de la Relación Terapéutica, a la luz de mi experiencia como Terapeuta Gestáltico.

¹ Conferencia inaugural del II Congreso Internacional de Psicoterapia Gestalt. Ciudad de México 1989. Publicada por la A.E.T.G. Boletín nº 12 - Nov/91.

Solo señalar que ésta ha sido mi evolución personal en cuanto a la asimilación de la Filosofía y Actitud Gestáltica, de lo grupal a lo individual y me aventuro a afirmar que ésta ha sido también la evolución histórica de la Gestalt, aún a riesgo de que esta primera afirmación hipótesis sea una simple proyección de la filogénesis en la ontogénesis. Opino que es también la evolución de cualquier aprendiz de terapeuta, desde su formación en grupo a su desarrollo profesional en terapia individual y no tan distinta, por cierto, a la evolución correspondiente al proceso de crecimiento como personas, desde el contexto familiar de apoyo y nutrición a la completa individuación, compartida en la convivencia de la vida

TERAPIA INDIVIDUAL. Practicada tradicionalmente en el ámbito privado de las consultas de Psicoterapia, a las que está asociada, pero no exclusivamente ya que cada vez más éste tipo de encuentro se da en algunas instituciones públicas, aún dentro de sus limitaciones, y en un amplio abanico de contextos que trascienden el puramente clínico, desde el trabajo social al educacional.

Desde la perspectiva relacional podríamos definir esta terapia como *el encuentro humano entre dos personas, una de las cuales está más problematizada, generalmente el paciente aunque no siempre*², por lo que la relación queda marcada por la ayuda, solicitada por el paciente, ofrecida por el terapeuta y plasmada en un compromiso mutuo, profesional (en tanto los acuerdos adoptados de remuneración, tiempo, espacio y periodicidad, que delimitará la relación, , etc..) y humano (requerimientos de actitud y esfuerzo pactados) para que el tratamiento logre sus objetivos.

Este encuadre no está determinado solamente por las condiciones externas. Se suele decir en Gestalt que el encuadre es el propio terapeuta, afirmación un poco excesiva pero que viene a querer destacar la invitación al terapeuta para que haga uso de sí en el proceso, entendemos que el propio terapeuta es una de las mejores herramientas de la terapia, que hará uso de sus conocimientos, técnica, filosofía, etc.. con conciencia de que nada de esto podrá ocultarle o reemplazarle.

EL PROCESO TERAPÉUTICO. El término “proceso” tiene un significado para cada una de las disciplinas en las que es utilizado, desde lo jurídico a lo antropológico, desde el psicoanálisis a la psicología. El concepto aportado por la Psicoterapia interactiva con un significado técnico preciso, se refiere a “la naturaleza de la relación entre individuos que interactúan”³. Personalmente me referiré a una idea de proceso que contiene como elemento esencial **la relación** pero con algo más, **el tiempo**, puesto que lo asociamos a su discurrir, en una alusión implícita a un discurrir en cierto orden, conocido o no, o con cierta lógica marcada por etapas o estaciones.

Si hablo del proceso de la terapia con un paciente, me lleva a pensar en el camino que hemos recorrido juntos en este tiempo, pero si pienso en el proceso terapéutico (que es más exactamente a lo que quiero referirme), pienso más en el proceso que esta persona ha realizado durante nuestro trabajo. La diferencia es sutil pero importante, no centra el proceso en la relación conmigo exclusivamente, sino que amplía el foco al resto de relaciones terapéuticas que haya podido tener, sean éstas con otros terapeutas (a veces de terapia de grupo semanal otras trabajos puntuales sobre temas específicos) o con “agentes” terapéuticos

² Irvin D. Yalom

³ Irvin D. Yalom: “ Psicoterapia existencial y terapia de grupo.” Ed.Paidós. (Pg. 66)

que la vida y la experiencia trae (un retiro de meditación, una película, un encuentro,...).

“**LA RELACION CURA**”. Carl Rogers atribuyó la eficacia de la psicoterapia no tanto a las técnicas específicas que utiliza, como al tipo de relación humana que facilita, la Gestalt tiene una concepción del hombre en relación, con los semejantes, con el medio y con la situación. Un principio compartido por los enfoques existenciales y en general por la psicología humanista, sobre el que la Terapia Gestalt ha desarrollado su teoría, una teoría de la práctica de la relación **YO -TU**. Esta nomenclatura elegida en Gestalt para describir la relación, preferida sobre las clásicas de terapeuta-paciente o terapeuta cliente, describe más la función personal que la de los roles, y propone una relación más igualitaria que no se desentiende de los repartos de autoridad y conocimiento sino que postula desde ellos un trato de adultos.

Encontramos mil referencias en Irvin D Yalom⁴, pero él va un poco más lejos de mi posición al afirmar que “*Es la relación la que cura*”, de una forma más restrictiva se lo escuchamos a Claudio Naranjo: “*Con la confianza de que la relación en sí es curativa...*” y condiciona la afirmación : “*... en la medida en que la persona del terapeuta es una persona que ha avanzado en el limpiarse a sí mismo, en llegar a una autenticidad o a un despertar mayor que la persona a quien está guiando*”⁵. Más cercano a esta posición me inclino a pensar en términos no excluyentes, en la esperanza de que hay otros factores curativos que también intervienen. Aún siendo la relación el hecho de mayor peso e importancia yo no desestimaría el propio trabajo terapéutico.

Ahora, si es tan importante para el proceso cabe preguntarse cual es la invitación propuesta para esta forma de relación que es la terapia, el modo, (**¿el cómo?**), en que el terapeuta está invitado y entrenado, se propone desde la psicoterapia existencial en cuatro preceptos básicos:

- respeto positivo e incondicional
- aceptación libre de crítica
- compromiso auténtico y
- comprensión empática

La Gestalt ha cifrado esta actitud básica de relación para el terapeuta en dos postulados, las dos manos del terapeuta: Apoyo y Confrontación. Una formulación tan sencilla que solo en apariencia aparece superficialmente conductista y que en el momento en que los gestaltistas se adentran en su exploración y explicitación aparecen todo tipo de desacuerdos. En cualquier caso parece que la siempre conflictiva confrontación añade a los cuatro postulados existenciales un matiz más que importante y a mi entender la hace más coherente con sus propias propuestas de honestidad.

Y para el paciente propugna una combinación de conciencia y espontaneidad como quedaba reflejado en la fórmula de Claudio, cualidades que se le suponen al terapeuta Con las consabidas reglas de comunicación que alcanzan a ambos.

Toda la carga subjetiva que el terapeuta pone en la relación ha sido definida en la jerga profesional como la contratransferencia, en general sentimientos que el terapeuta tiene hacia su paciente (probablemente igual de irracionales que los transferidos por éste hacia él), pero lo importante no es el concepto sino el valor inconmensurable que esta

⁴ espero dar cuenta de algunas y honrar a este autor que ha sido fuente de referencia y placer, al descubrir su don para expresar con la sencillez del didacta tantos pensamientos y sentimientos compartidos y tantos desacuerdos.

⁵ Claudio Naranjo Conferencia inaugural.....

conciencia tiene en el proceso. Como tantas otras veces encuentro en el Dr. Yalom un párrafo que hace las delicias de mis oídos:

*“Los mejores jugadores de tenis del mundo se entrenan cinco horas por día para eliminar toda debilidad en su juego. Los maestros zen aspiran siempre al estado de reposo de la mente, la bailarina al equilibrio absoluto, y el sacerdote no hace más que examinar su conciencia. Todas las profesiones tienen dentro de ellas un reino de posibilidad en el cual quien la practica pueda buscar la perfección. Para el psicoterapeuta, ese reino, ese curso de inagotable autoperfeccionamiento del que nadie se gradúa recibe el nombre de contra transferencia”*⁶

Yo añado para el terapeuta Gestáltico un campo más de entrenamiento: El Percatarse, ya sea a través del sencillo ejercicio Gestáltico del darse cuenta, ya sea mediante la práctica de la meditación o cualquier otro entrenamiento que amplifique y despierte su capacidad de atención y de escucha. Y esto me parece casi un requisito para cualquiera que pretenda establecer una relación desde los postulados gestálticos, y me recuerda el símil del pianista con la práctica de las escalas, “si durante una semana no practico, mi orquesta lo nota, si durante tres días no practico, mi mujer se da cuenta, pero si un día no practico yo mismo me percató”.

Puede que sea la experiencia la que otorgue una cierta calidad a la relación pero también influye a mi entender que la escuela en la que uno se ha formado haya puesto el foco en el valor de la relación, en las actitudes que la favorecen y una buena dosis de fe en el proceso y en ese sentido me siento agradecido a la gestalt y en concreto a las personas que me la han transmitido, porque tampoco hay que olvidar que hoy la gestalt tiene muchas formas de ser entendida.

Aún admitiendo que la vida nos otorga hechos, experiencias o actividades que resultan terapéuticas, afirmo que un Proceso Terapéutico se efectúa con Otro, con otro ser humano, por más técnicas de autoayuda que desarrollemos, por más Trabajo que a solas podamos y debamos realizar. Y desde esta idea me gustaría dirigir la atención a algunos **factores de curación que tienen que ver con la Relación** propiamente dicha, más allá del modelo de intervención, de las cualidades del terapeuta o del pronóstico del paciente y que vienen facilitados por la misma situación que el Encuadre de la terapia individual propone.

-La situación. Imagínense dos sillas, una frente a otra, ocupadas por dos personas que allí se encuentran, con un tiempo disponible por delante.. Me gustaría hacer llegar el valor intrínseco de esta escena, no es tan común, si se revisan escenas de la vida cotidiana se encontrarán pocas, incluso en las relaciones de más intimidad (parejas, hijos, amigos, etc.). Antes de que determinen quien es quien, que objetivo les reúne y como le van a dar forma, antes de que los contenidos establezcan una relación, me gustaría poder transmitir el valor de este encuentro humano en sí mismo.

-La escucha. Al principio, tal vez sea el valor diferenciador de los papeles ya que una de las dos personas viene a solicitar ser escuchado y atendido y la otra está ofreciendo este trabajo, con el tiempo cada uno tendrá que escuchar al otro. Pensemos por un momento en la posibilidad de que tal vez, esta persona que viene a consulta, nunca tuvo una ocasión como esta en que otro ser humano sentado frente a él estuviera dispuesto a escucharle.

Y una vez que la escucha comienza a dar forma a la relación, me gustaría que consideráramos el valor de algunos fenómenos que en ella se dan, a veces de forma

⁶ Irvin D. Yalom: “Verdugo del Amor” (pg.111)

implícita, y que no siendo suficientes en la mayoría de los casos, son necesarios para el proceso y algunas veces, lo que la persona necesita para poder sentirse y estar en contacto consigo misma, como **el desahogo, el consuelo, el alivio, la compañía, la comprensión, el sentirse reconocido** (más en lo que uno es que en lo que debería ser) y a veces de forma más primaria **la necesidad de ser vistos**.

-Me gustaría que se apreciara en su justa medida el valor de la **confesión**, ya sea como posibilidad de compartir los secretos con alguien, ya sea por el valor de la conciencia que la relación terapéutica propugna, una conciencia sin flagelación ni culpa, con responsabilidad en un espacio donde, al menos, podemos curarnos de nuestras propias mentiras.

- Pero si algo evoca la confesión es **el perdón**, y me refiero a la necesidad de perdón. Si bien es cierto que el terapeuta disolverá la falacia del Sacerdote (de la que en algún caso le hayan investido) devolviendo al paciente su propia capacidad de perdonarse a sí mismo. También hay que pensar que se necesita de alguien a quien pedir perdón o delante de quien hacerlo, que el perdón es el fruto sustantivo de un verbo relacional.

He comprobado en mi experiencia que el proceso en Terapia Individual no cuenta con etapas reconocibles o mojones de referencia que nos sirvan de unos pacientes a otros. Tenemos algún mapa de referencia como los Estratos de la Neurosis, algunos utilizan el Ciclo de Satisfacción de las Necesidades, etc., mapas muy rudimentarios que malamente reflejan el territorio del proceso. Me inclino por tabular el TIEMPO en una visión longitudinal de la forma más sencilla y obvia para hacer algunas consideraciones que, por supuesto, no pretenden ser abarcativas de todos los fenómenos que en estos momentos ocurren:

AL PRINCIPIO de la terapia, en algunos casos la demanda de ayuda del paciente es clara, por su situación de crisis, angustia o por acontecimientos externos que han precipitado su desequilibrio, pero se dan muchos otros casos en que no puede precisar la demanda salvo por la expresión de un malestar generalizado o la sensación general de que su mundo hace aguas. Dice Ginger: *“Pienso que no siempre es necesario al principio definir, previamente un “contrato terapéutico” preciso con el cliente. En muchos casos, sus motivaciones subyacentes se revelan poco a poco. Algunos saben identificar su malestar y precisar su objetivo, ¡otros todavía no están en eso o ya es cosa superada! La Terapia Gestalt permite, y es una de sus numerosas riquezas específicas, partir al descubrimiento, con una vigilancia “para todos lados” y no obliga a definir el itinerario con precisión, antes de cualquier exposición.”*⁷

Aún de acuerdo con esta afirmación yo matizaría que siempre existe un **contrato** terapéutico, un acuerdo entre las dos partes, explícito o no, más claro o más ambiguo, y que más tarde o más temprano se hará necesario poner conciencia sobre el mismo, a riesgo de que el paciente se infantilice poniéndose en las manos del terapeuta bajo el supuesto de que “él sabe lo que hace”, un supuesto válido desde la confianza y peligroso desde la fe ciega que niega los propios recursos.

Me parece necesario contemplar el acierto de Joan Garriga⁸ al señalar que *“el suceso psicoterapéutico se inicia mucho antes de la primera entrevista, a partir de las suposiciones previas del usuario acerca de la figura del terapeuta, y también a partir de*

⁷ Serge Ginger/Anne Ginger : “La gestalt. Una terapia de contacto. Cap. 10 -La relación terapéutica.

⁸ Joan Garriga: “La figura del terapeuta como sacerdote, prostituta, científico y gurú.”Boletín nº 12 de la A.E.T.G. Nov/91

las suposiciones previas del terapeuta acerca de su rol profesional” supuestos a los que yo añadiría los que el terapeuta tiene sobre los pacientes (a veces definidos como tales por su patología, diagnóstico, etc.).

Ya sea que contemos con un **diagnóstico** oficial del paciente, precisado por cualquiera de los manuales al uso (DSM IV u otros), o con el propio diagnóstico basado en la experiencia, el carácter del paciente (bioenergética, eneagrama), o cualquier otro sistema de etiquetación, me parece muy importante que consideremos éste como lo que es, la descripción de un simple conjunto de rasgos, síntomas y conductas, un mapa que nos puede servir de ayuda. Dos peligros del diagnóstico en la relación son: que lo pongamos en medio y no nos permita ver a la persona, perdiendo su función de referencia y que convirtamos el diagnóstico en un pronóstico.

Todo sistema de terapia (más en concreto todo terapeuta) tiene un **objetivo terapéutico** y me refiero naturalmente a la terapia profunda, no a la terapia eficiente. Tendría que aclarar en este punto mi distinción subjetiva, ya que me refiero no solo a los diferentes modelos de terapia sino también a los diferentes procesos que dentro de un mismo modelo se pueden dar, incluso a las diferentes terapias que cada terapeuta realiza dependiendo de con qué pacientes. Más allá del a veces necesario alivio de los síntomas, del consuelo y desahogo obtenido en primera instancia, de haber atravesado las crisis que originaron la primera consulta, hay pacientes que deciden ahondar en el proceso ya no por necesidad de apremio sino por necesidad existencial. Son esas personas en las que la semilla del conocimiento, la búsqueda, la verdad o el cambio, ha germinado y deciden ir más allá de los dos años prescritos⁹.

Comparto de nuevo opinión con Yalom : *“La buena terapia llevada a cabo con un buen paciente es en el fondo una empresa cuyo objetivo es la búsqueda de la verdad”*¹⁰

Ya sea la verdad, el conocimiento, el cambio, la salud, el análisis o el autoapoyo, lo que me parece necesario es que cada terapeuta asuma con conciencia este objetivo que deberá compartir con su paciente en una tarea conjunta, salvo que decida dedicar toda su energía al adoctrinamiento.

*en realidad de cualquier proyecto terapéutico catártico o intelectual) es curativo solo porque proporciona a terapeuta y paciente la posibilidad de una actividad compartida mientras la verdadera fuerza terapéutica -la relación- va madurando en el árbol”*¹¹. Aún así hay proyectos terapéuticos que facilitan más que otros el advenimiento de una relación genuina, honesta y curativa y la terapia gestalt reconoce y promueve esta fuerza verdadera.

Otra pregunta interesante del principio tiene que ver con el contrato, una pregunta ineludible que expresada o no, estará en la mente de la persona que nos solicita ayuda cuando el terapeuta le ofrezca iniciar una terapia: **¿En que consiste el tratamiento?**¹². Hay tantas respuestas posibles como escuelas pero hablaríamos de respuestas

⁹ Marco esta referencia -2 años- en coherencia con el tiempo mínimo requerido (80 horas) para los terapeutas en formación. Y entendiendo, como esa norma entiende, que es el tiempo mínimo a partir del cual la persona puede responsabilizarse de su propio proceso y decidir ir más allá o no, lo que dá a entender que no es el tiempo necesario para un proceso profundo.

¹⁰ Irvin D. Yalom: “Sicología y Literatura” Ed. Paidós

¹¹ “ “ “Verdugo del Amor” (Pg. 276)

¹² R.Horacio Etchegoyen:””los fundamentos de la técnica psicoanalítica”, los interesados pueden consultar cap. 6.

estereotipadas, y para los que asumimos que cada terapia es distinta en función del paciente y en función de la relación, aún teniendo elementos obviamente comunes, tendremos que pensar que esta pregunta requiere una respuesta personal, que el terapeuta se debe a sí mismo y que le debe al paciente, se la formule o no. Porque además la respuesta nos dará la ocasión de explicitar los requerimientos y el compromiso mutuo para alcanzar los objetivos.

Cerrado este punto y adentrándonos ya en el proceso, me gustaría revisar alguno de los conceptos pilares de la gestalt como el Aquí /ahora y la Responsabilidad sujetos a la situación propia de la terapia individual, entendiendo que la tercera pata del banco -el awareness- ya la he situado en el ámbito de la responsabilidad del terapeuta para con su oficio y con su paciente, al que también habrá de despertar este *percatarse* a través del propio trabajo en terapia, ya que éste será además uno de los frutos añadidos que la terapia proporcione al mismo.

EN MEDIO. Durante el transcurso de las sesiones individuales (normalmente de periodicidad semanal), este encuadre dificulta (en comparación con el grupal) el cuidado y atención del **AQUÍ /AHORA**. Dificultad que puede atribuirse en ocasiones al propio aislamiento de la terapia individual, a la facilidad del terapeuta para caer en rutinas, al riesgo por parte del paciente de malgastar el tiempo de la terapia en meticulosos y aburridos informes de los acontecimientos semanales, sin que esta actividad promueva una significación con sustancia, etc. Consideremos en cualquier caso la imposibilidad y el sin sentido de mantener un proceso terapéutico en el más estricto Aquí /Ahora, ésta es también una observación que parte de mi propia experiencia y desde ahí la afirmo.

A veces el terapeuta gestáltico mide su "gestaltidad" con varemos pintorescos, especialmente al principio de ejercer, cuando algunos postulados de esta filosofía son aún introyectos no masticados. No se puede evaluar esta cualidad en función de esperpénticos termómetros tecnológicos, midan estos "el tiempo de posesión del presente" "el número de polaridades exploradas con alguien" o "la cantidad de sillas vacías trabajadas por semana".

En el grupo de terapia se generan tantas interacciones y obtenemos tantos datos de las relaciones interpersonales entre los participantes que es más fácil enfocar la atención sobre el Aquí /Ahora de la experiencia en curso.

En la sesión individual, en la que comúnmente el foco de atención está más puesto en los contenidos que el paciente trae de su propia vida a la terapia, corresponde a un esfuerzo que el terapeuta ha de mantener para no descuidar este importantísimo hecho experiencial. Consideremos que, en ocasiones, lo contado está sucediendo en la narración, en el momento presente de la terapia, o sea que las mismas circunstancias se están reproduciendo en la sesión, las mismas actitudes en la relación, etc.

En otros casos el terapeuta Gestáltico cuenta con un vasto muestrario de recursos para traer el relato (el hablar acerca de ..) a la vivencia. En primer lugar **la propia conciencia de sí**, gracias a su habilidad en efectuar una completa escucha, de lo externo y de lo interno, entrenada con el famoso Awareness Gestáltico. En segundo gracias a su capacidad para la **escucha** del otro, cualidad fundamental del oficio, que le permitirá atender a lo dicho y al como lo dice, completando una conciencia que haremos extensiva al paciente bien a través de preguntas de indagación (¿cómo estás sintiendo esto ahora?), con señalizaciones directas (te oigo un tono lánguido) o apuntando contradicciones entre contenido y forma (un acontecimiento tan alegre contado con tanta apatía) .

De entre los recursos, así llamados, técnicos del terapeuta destacaré tres focos de atención:

-1) Llevar la atención del paciente a la “sensación” y en general a la conciencia corporal del momento. Siendo **el cuerpo** uno de los mejores anclajes del Aquí /Ahora y la experiencia, ya sea a través de la sensación, la respiración ó cualquier otro factor de conciencia corporal (gesto, tono, postura .etc.) que resulte significativo en el contexto.

-2) Cualquier intervención que subraye o desvele **la emoción** o su ausencia. Aunque esta posibilidad se revele más dificultosa y a veces objeto mismo de atención terapéutica, ya que la mayoría de los bloqueos, resistencias o déficits se alojan en el herido mundo emocional de la persona.

-3) Todos y cada uno de los aspectos del **encuadre**, que suceden en el tiempo de sesión proporcionan información y facilitan la conciencia del presente: puntualidad, formas de presentarse o despedirse, los pagos, comentarios sobre el despacho, el centro, ..etc.. A veces son hechos puntuales, datos concretos, otras denominadores comunes que podemos ir observando a lo largo del tiempo y que nos hablan de formas estereotipadas de comportamiento, ritualizaciones, formas de relacionarse con el otro (con el terapeuta), que traídas al microcosmos de la sesión desvelan probablemente aspectos y pautas del paciente en su mundo.

Y el último e importante bloque de ayudas de las que disponemos para traer la conciencia al presente es el que recoge las distintas posibilidades de focalizar la atención al **proceso** (o sea a la relación entre paciente y terapeuta). Hay mil posibilidades, desde la expresión compartida de la propia vivencia del terapeuta (Transparencia) a las preguntas o invitaciones al paciente para que se percate y muestre su estado en la relación. Recojo algunas preguntas clásicas propuestas por Yalom¹³ : *-¿cómo estamos haciendo tu y yo hoy? ¿qué opinas del espacio que hay entre nosotros hoy, lejano, próximo?, -la hora está a punto de acabar ¿hay sentimientos sobre el modo en que nos estamos relacionando que deberíamos examinar antes de que paremos?*

Incluso cuando la sesión ha conducido a la expresión de sentimientos fuertes, aunque tengan poco que ver con el terapeuta, (Ej.: el llanto que provocó una pérdida, la rabia de una injusticia sufrida, etc.) cabe la exploración de la experiencia de este compartir o expresar en presencia de otro, *-¿cómo te sientes al llorar aquí, ahora delante de mí, o al permitirme ver tu rabia, resentimiento, etc.?*¹⁴

Calibrar la oportunidad de este tipo de intervenciones y su sentido depende del arte del terapeuta por un lado, lo que afortunadamente neutraliza su valor de receta. Y por otro de su trabajo personal, pues tendrá que considerar la dificultad, en estos casos, de discernir la frontera narcisista al dirigir la atención hacia él; a este respecto puede ayudar la comprensión profunda de que el objeto de atención aquí no son los protagonistas sino **la naturaleza de la relación**.

Termino con otra cita de Yalom que expresa con toda claridad y más bellas palabras mi opinión: *“El acto terapéutico de establecer una relación profundamente íntima y auténtica, en sí misma, resulta curativo. Centrarse en el Aquí /Ahora tiene implicaciones más allá de la clarificación de la transferencia; concretamente que la relación con el paciente es importante por propio derecho y que en la terapia están en juego fuerzas más*

¹³ Irvin D. Yalom: “Sicología y Literatura” Ed. Paidós (Pg. 178)

¹⁴ “ “ “ “ consultar el capítulo 5 y en general como mejor ilustración la magnífica novela “Lying on the Couch” editada por emecé con el título “Desde el diván” o el relato nº 4 de “Mamá y el sentido de la vida” de la misma editorial.

*poderosas que la comprensión, fuerzas que pueden ser realizadas centrándose en lo - inter-existente- entre el terapeuta y el paciente*¹⁵.

Precepto y pilar de la gestalt, **LA RESPONSABILIDAD**, requiere de alguna consideración. Con el recuerdo de la definición existencial de Sartre, ser responsable es “ser autor de”, y alguna de las aclaraciones aportadas por Claudio: *..”entender la responsabilidad como un hecho ineluctable: somos de hecho los actores responsables de todas nuestras acciones. No tenemos otra alternativa que admitirla o negarla. Todo lo que afirma la Terapia Gestalt es que la aceptación de la verdad nos coloca en mejor situación: que la toma de conciencia cura. Nos cura, por supuesto, de nuestras mentiras”*¹⁶.

Asumir pues la propia responsabilidad tanto en la vida como en la terapia es un paso fundamental. Ahora bien, así como a veces el Darse Cuenta se torna ineficaz o vacío o se puede convertir en un inventario de percepciones sin impacto significativo para la persona que lo realiza y cabe preguntarse, como Claudio¹⁷ lo hace en el capítulo sobre ejercicios gestálticos, “*¿Dónde está el misterio? ¿Que hace del acto de percatarse del momento algo profundo?*”, cabe preguntarnos también **¿Porqué la asunción de responsabilidad no alcanza siempre los logros esperados?**

Para mí, la respuesta se extiende por los territorios del exceso, en mi expectativa sobre esos logros y en mi fe en el propio acto de conciencia.. Comparto la opinión según la cual “*asumir la responsabilidad conduce al paciente al vestibulo del cambio, pero no necesariamente implica el cambio*”. Para mí fue muy importante esta comprensión, tanto en lo personal como en mi actividad de ayuda, ya que me di cuenta que delegaba en este acto de autorresponsabilidad tanta exigencia como magia. Y por mucho que como terapeuta solicite o exija responsabilidad al paciente y por mucho que éste la asuma, a veces siendo un paso necesario, no es suficiente.

*“La libertad no sólo nos exige asumir la responsabilidad sobre nuestras acciones y decisiones en la vida sino que el cambio exige un acto de voluntad también se necesita esfuerzo”*¹⁸

Como terapeuta rara vez hacía demandas explícitas a mis pacientes en relación al esfuerzo, la motivación y voluntad para cambiar, y con el tiempo me he ido percatando de que la fe puesta en que el propio acto de darse cuenta engendraría un cambio, ocultaba una exigencia implícita, obviamente tan tramposa como frustrante. Este percatarme me ha liberado para poder hacer demandas directas y en muchos casos para acercar al paciente a la comprensión de esta necesidad de esfuerzo. También he de decir lo que ha ayudado, a aquella primera comprensión intelectual, la práctica de la Meditación Vipassana y la vivencia del recto esfuerzo.

Es muy común en la literatura y en los programas de Gestalt leer como título “**TERAPIA GRUPAL VERSUS TERAPIA INDIVIDUAL**” para enfocar normalmente las diferencias entre ambos encuadres. Cuando hablamos del proceso, en el sentido que aquí

¹⁵ Irvin D. Yalom: “Psicología y Literatura” (Pg. 178)

¹⁶ Claudio Naranjo, Cap. 4 de “Teoría y técnica de la psicoterapia Gestáltica” Amorrortu editores, J.Fagan e I.Shepherd compiladoras.

¹⁷ Claudio Naranjo: “La vieja y novísima Gestalt” Ed. Cuatro Vientos

¹⁸ Hay muchas más aclaraciones sobre ésta y la anterior cita en el prólogo de “Verdugo del amor”

pretendo, habría que pensar en la conveniente utilización de ambos para la realización de una buena terapia. Esta combinación ayuda al paciente y al terapeuta, al mostrar un tipo de relaciones mucho más amplias que las circunscritas al territorio de la individual. Podemos poner el foco en dos aspectos esenciales que diferencian y aúnan ambos trabajos, la comunión compartida y la comunión interior.

1) La combinación de la Tª Individual con el Grupo de Terapia (de periodicidad regular), dirigido o codirigido por el propio terapeuta supone a mi juicio dificultades menores para la relación en comparación a las numerosas ventajas que aporta.

- Al terapeuta la posibilidad de ver en directo las conductas y formas de relación de su paciente con otros miembros del grupo y contrastar la única perspectiva de lo que él cuenta en sesión individual. La posibilidad de descubrir nuevos aspectos de la persona a través de los ojos de los otros, capaces de desvelar valores y recursos que el terapeuta puede no haber advertido o de denunciar manipulaciones, agresiones ... que tal vez, la mirada benévola o complaciente del terapeuta no veía.

- Para el paciente no solo la riqueza del Trabajo grupal, también una oportunidad para el manejo de su dependencia-independencia respecto del terapeuta, y una ocasión para trabajar todo lo que movilice el hecho de compartir su autoridad y su persona. Aspectos relacionales más difíciles de enfocar en la sesión individual.

Y también dificultades menores para el caso de que el grupo esté dirigido por otros terapeutas ya que todas las dificultades relacionales que vayan surgiendo serán objeto de trabajo, tanto en un contexto como en otro.

2) La combinación de la Terapia Individual con los “Talleres de Fin de Semana”¹⁹ suele presentar alguna dificultad mayor que conviene reflexionar.

He decidido llamar “Talleres de Fin de Semana” a aquellos grupos abiertos de trabajo terapéutico que en el contexto de un maratón (2 a 5 días de trabajo normalmente residencial), abordan un tema específico de exploración, dirigidos por un terapeuta o equipo de terapeutas que normalmente no mantienen una vinculación estable y permanente con los participantes en el taller.

Algunos ejemplos conocidos como: El Trabajo de Relaciones Parentales, Los Talleres de Sexualidad, los de Creatividad, etc. y otros de actualidad como son los de Psicomagia y Árbol Genealógico o las Constelaciones Familiares.

Las ventajas de esta combinación para el proceso terapéutico son muchas,

- el encuentro puntual con un terapeuta y con un tema específico de trabajo, que probablemente no tenga continuidad, apremia la vivencia del Carpe Diem y despierta en el participante una actitud diferente-

- el número de horas de trabajo continuadas, la energía del grupo entregado a una tarea común, etc. son circunstancias que se añaden al trabajo propiamente dicho y que posibilitan que la persona efectúe descubrimientos, abra ventanas y explore recursos que en otro contexto sería difícil o casi imposible de concienciar y poner en práctica.

Ahora bien también representan algunas dificultades, muchas de ellas traídas por la inevitable y odiosa comparación (de la forma de trabajo, de la intensidad, de los propio terapeutas,...).La relación puede verse afectada si el terapeuta se siente excesivamente puesto en causa, se engancha a la rivalidad o a lo competitivo, o siente herido su narcisismo. La comprensión de estos fenómenos, la experiencia y el trabajo personal, que nos compete, hacen que vayamos familiarizándonos con estos hechos y en la medida en que no nos desborden podremos atender a las dificultades de la relación y a las propias

¹⁹ Con este nombre, que es una tradición en el desarrollo de la Psicoterapia Humanista y el Potencial Humano y en particular en la Gestalt un tipo de trabajo terapéutico muy valioso.

del paciente. Un ejemplo es el tipo de introyecciones que algunos paciente traen a sesión a partir de su asistencia a alguno de estos talleres.

Discernir entre las introyecciones que han hecho blanco sobre la propia biografía del paciente y aquellas interesadas, que únicamente esconden lo que no está diciendo de forma directa acerca de la relación, no es fácil, pero aporta valiosísima información y posibilidades de trabajo interno. Y otro interesante campo de trabajo es el propio mecanismo de introyectar.

Otra dificultad añadida tiene que ver con la actitud poco respetuosa de algún director de grupo hacia la terapia individual, sin advertir que los comentarios poco apreciativos hacia este encuadre recaen por extensión sobre el trabajo y el proceso de las personas a las que acompaña. Un trabajo que posibilitó su participación en el grupo y que permite elaborar y asentar los resultados obtenidos.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO. La terapia individual requiere de terapeutas dotados de gran paciencia y comprensión, y entender que **el proceso discurre por un camino en espiral, no es lineal, no es rápido y tiene un carácter cíclico.** Es decir pareciera que nada se resuelve de una vez por todas y que una y otra vez revisamos conflictos, volvemos sobre temas parecidos o aspectos de la personalidad que parecían superados.

Tómense estas afirmaciones con el valor estadístico de la experiencia sin descartar que, a veces, la Vida nos sorprende, si estamos despiertos y abiertos a la sorpresa.

La recaída es parte del proceso.

Lo desértico, es una cualidad del proceso terapéutico más fácil de vivenciar en la terapia individual que en la grupal, y tal vez uno de sus méritos.

Es necesario entender que a terapia individual acude la persona, es decir el paciente diagnosticado, con sus problemas y traumas en la mochila, biografía, familia, su mundo, etc. y sobretodo con su carácter y sus hábitos. Intentar cambiar éstos, por perjudiciales que resulten, por más conciencia que tenga del error que suponen, del daño que significan, por más responsables que de ellos nos hagamos, no es fácil y no es rápido, la conciencia también necesita tiempo. Nos enfrentamos al carácter, al hábito, a años de costumbres y condicionamientos, a una máquina psicológica programada y reforzada por la experiencia de la persona (que mal o bien ha logrado sobrevivir con sus mecanismos) y en muchas ocasiones por el refuerzo de su contexto familiar y cultural.

Como terapeuta acompaño a mis pacientes en muchos momentos de incertidumbre y lo hago en muchos desde mis propias dudas. Atravieso con ellos momentos de impasse, en los que no sé hacia donde va a ir la persona o dudo de si seremos capaces de atravesarlos. Y acompañarle significa para mí ayudarle a que descubra sus propios recursos, a que valore lo que sí sabe, reconozca sus límites, aprenda a manejarse con su incertidumbre, etc., pero no sustituir sus viejos y disfuncionales introyectos familiares por otros, los míos, ideas más modernas, adaptadas, gestálticas?. Me gustaría hacer algunas consideraciones entorno a la **INCERTIDUMBRE.**

No acompañamos todos los días el sufrimiento, la soledad, la inevitabilidad de la muerte, el sin sentido o el dolor, de forma inmune. Cuando participamos de la vida del paciente de forma tan profunda resultamos afectados y algunas veces el encuentro también nos transforma a nosotros. En general todos, en nuestra calidad de personas, buscamos un significado a nuestra existencia, en un universo que, si lo tiene no es de fácil alcance; y

no hay que olvidar que el paciente, además, lo busca en un mundo (el propio) desestructurado o en crisis. .

“En el trabajo cotidiano los terapeutas, si pretenden relacionarse con sus pacientes de forma auténtica, experimentan una incertidumbre considerable.....Ciertamente la capacidad para tolerar la incertidumbre es un requisito previo para la profesión. Aunque el público pueda pensar que los terapeutas guían a sus pacientes de forma sistemática y con mano segura a través de predecibles estadios de la terapia hasta llegar a una meta conocida de antemano, raramente se da este caso: en lugar de ello los terapeutas con frecuencia, vacilan, improvisan y buscan a tientas la dirección a seguir.

La poderosa tentación de alcanzar la certidumbre abrazando una escuela ideológica, un hermético sistema terapéutico, es traicionera: esta certeza puede bloquear el encuentro incierto y espontáneo que es necesario para una terapia eficaz.”

Me parece cierto que el paciente y el proceso necesitan de un mínimo de seguridad psicológica, y que ésta debería estar basada en la confianza. Y es difícil asumir la responsabilidad, que nos corresponde como terapeutas, de contener cierta incertidumbre (digo contener y no esconder), y calibrar esta actitud sin convertirla en una falsa seguridad que infantilice al paciente, manteniendo la ilusión o la falacia del rol científico-médico que nos han asignado y al que tan seductor es quedarse pegado.

Frente a esta ilusión infantil de los Reyes Magos, no propongo espetarle al niño de 7 años: Los Reyes son los padres!. Simplemente propongo tratar al paciente como un adulto y acercarnos a la verdad, lo más posible, que para cerrar la metáfora sería: Los Padres son los reyes!.

El comienzo es siempre un tiempo difícil. Críticos, expertos y artistas concuerdan en la dificultad del comienzo, enfrentarse al lienzo en blanco, la partitura vacía, el folio, etc. Pero muchos están de acuerdo en que tanta o más dificultad entraña el arte de finalizar, de determinar que la obra se ha completado, comprender que está terminada, o en ocasiones simplemente decidir que la dejamos ahí.

AL FINAL. No se corren tantos riesgos como al principio porque mucho trabajo ya está hecho, pero si entendemos este oficio como un arte, el arte de la relación, tenemos que valorar la importancia de este delicado momento.

Me parece que el final de la terapia está marcado por el criterio de Salud, y el peligro es que lo determinen los conceptos de éxito que falsamente pueden tranquilizar a paciente y terapeuta.

La Gestalt define el proceso como el camino que va de la dependencia al autoapoyo. Recuerdo en este momento la epistolar lapidaria definición de dependencia de Guillermo Borja (que en paz descanse) : "**La negación de la Necesidad es la afirmación de la Dependencia**". Puedo definir este autoapoyo como la capacidad de la persona para encarar con suficientes recursos los riesgos del vivir la propia Vida, con responsabilidad, con la madurez (definida por Barrie Simmons: proceso continuo de maduración y crecimiento), o sea con conciencia de sí, de sus necesidades, limitaciones y posibilidades, la capacidad de relacionarse de forma mínimamente saludable, de tolerar la frustración, no evitar lo doloroso, etc.. etc.. etc.. todos ellos objetivos valiosísimos que no siempre se alcanzan en un proceso terapéutico, salvo que uno asuma este proceso como un buen proyecto para toda la Vida.

Hay un último valor en toda despedida: La Gratitude.²⁰ Esta es el fruto del Trabajo y la Relación, nunca un requisito convencional. Y para muchas ocasiones el terapeuta habrá de estar familiarizado con su ausencia, pues como buen fruto tiene su tiempo de maduración.

Tenemos algunos mapas, algunos malos, algunos buenos y siguen siendo de Fenicios. Bastantes personas han rasgado el velo de la ignorancia y han abierto pequeñas ventanas de luz, lamento que muchos de ellos anuncien su pequeña y valiosísima ventana como la única fuente de luz, la única Verdad, transformando esos importantísimos vislumbres en certezas.

Recuerdo ahora la afirmación de Claudio : “ *La acción engendra o toca la sustancia. Las ideas pueden rondar en la cercanía de la realidad, ocultarla u ocupar el lugar de ella. De modo que nada puede haber más ajeno al estilo de la terapia Gestáltica que la predicación..*”. Tuvieron un gran impacto en mí porque en el tiempo en que las escuché yo era un buen predicador, de la Gestalt en mi caso. Y ahora que empiezo a pensar en darle final a este escrito espero haber corregido algunos defectos y asumido otros, en estos años de ayuno.

²⁰ Albert Rams : "Clínica Gestáltica" Metáforas de Viaje. Ed.: La Llave. Lectura recomendada.

EL IMPASSE

Eva Useros Serrano

El interés en reflexionar sobre el tema del impasse proviene para mí de la gran dificultad que entraña. Cuando se produce un impasse en un proceso terapéutico es un reto para el profesional. Son estas situaciones de la consulta diaria que uno “se lleva a casa” al terminar la tarea. Y por ello quiero aprovechar esta ocasión para que revisemos entre todos qué se pone en juego en la relación terapéutica en estos casos., cómo se manifiesta la dinámica intersubjetiva Paciente –Terapeuta, cuando por lo delicado de la situación pueden emerger deseos, miedos, expectativas, etc. en ambos personajes de la historia.

Mi propósito es caracterizar el impasse como fenómeno terapéutico y/o vital, mostrar su cercanía con alguno de los metamecanismos de defensa o estrategias del yo que dificultan el proceso de autoconocimiento y propiciar la reflexión sobre la incidencia contratransferencial en momentos de impasse según el sistema motivacional de terapeuta y paciente. (Ver Ilustración nº 1).

Y fiel a la valoración gestáltica de la vivencia directa de las cosas, quiero, antes de comenzar con palabras, vivir con vosotros una pequeña experiencia. Os voy a pedir que cerréis los ojos, pongáis las manos a la altura del pecho, y dobléis los dedos enlazando una mano con otra como un gancho, y ahora tirad, tirad lo más fuerte que podáis con cada brazo...más...más...más...y finalmente soltad...Dejad que se relajen las manos...los brazos...los hombros...y abrid los ojos.

Este es un ejemplo que usa el propio Perls para caracterizar el impasse.

Si recurrimos al diccionario, nos encontramos definido el impasse como callejón sin salida, atascamiento, crisis. Y así es. Si recordáis hace un momento cada brazo tirando en una dirección, nos coloca ante un gran esfuerzo y rendimiento nulo. Son dos fuerzas que al tener intensidades iguales y sentidos opuestos tienen una operatividad igual a cero.

El impasse es ese delicado momento en que transitamos desde un sistema obsoleto hacia nuevas formas, sin haber podido aún definir éstas. Y es un momento sin puntos de referencia. De ahí la ausencia de una dirección concreta, que coloca el esfuerzo en un callejón sin salida. (Ver Ilustración nº 2).

Caracteriza pues el impasse la ausencia de “centro”, el rechazo de los roles que hasta entonces se habían desempeñado, y la transitividad: no me gusta cómo soy pero no me atrevo a ser como quiero ser. El motor del impasse es la fobia al dolor, el intento de evitar la frustración.

- Fenómeno terapéutico y/o vital
- Cercano a estrategias del yo
- Incidencia contratransferencial

Ilustración nº1

- Transividad de un sistema obsoleto a nuevas formas
- Ausencia de centro
- No regresivo ni evolutivo
- Fuerte carga energética

Ilustración nº 2

No hay centro ni dirección porque las fuerzas regresivas carecen de atractivo, no se puede pues volver atrás, pero las fantasías catastróficas anulan lo evolutivo, impidiendo avanzar. Son los dos brazos tirando en sentidos opuestos.

Y es importante comprender que en la “nada” del impasse hay mucha fuerza contenida. Fuerza y esfuerzo que dialogan entre el deseo y el miedo. (Ver Ilustración nº 3).

El exceso de adaptación del individuo a las exigencias exteriores le lleva a negarse a sí mismo. Es esta la dialéctica que se manifiesta en el impasse.

El proceso de maduración de la persona es pasar de un funcionamiento basado en el apoyo ambiental, a apoyarse uno mismo “sobre los propios pies”. Esto supone atreverse a ser lo que se es, desafiar el dolor inherente al cambio, ir más allá del territorio conocido, del statu quo, en otras palabras, atravesar el vacío.

Y esto no puede hacerse sin dolor. A través de la frustración va aprendiendo el niño a utilizar sus propios recursos en lugar de manipular el ambiente.

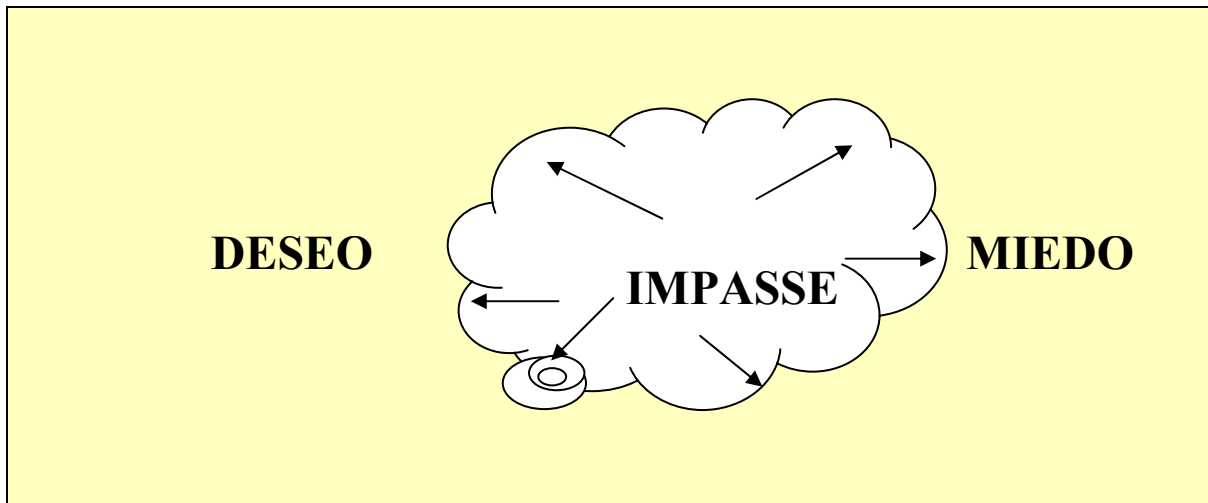
Pero con mucha frecuencia las cosas no se desarrollan de este modo. Los padres sofocan al niño con normas y protección que dificultan la exploración del mundo por parte de éste, matando la curiosidad genuina y congelando lo vivo en nosotros. En otros casos puede ser, por el contrario, la falta de afecto la que aborte la seguridad necesaria para atreverse a “tomar riesgos”.

Así se va construyendo una vida cargada de *estrategias para no ser*. Limitamos nuestros recursos y nuestra expresión pendientes de la aceptación externa. Esta lucha entre ser fiel a uno mismo y comprar amor y seguridad adaptándonos a lo conocido queda muy bien reflejada en el impasse..

Es importante por ello lograr que el paciente no dependa de otros, sino que descubra que puede hacer muchas más cosas de las que se imaginaba, y sobretodo que vaya poco a poco atreviéndose a ser tal cual es, que es la autentica meta de cada uno de nosotros.

Cuando en el proceso terapéutico la persona va llegando a una situación de impasse, una respuesta inicial frecuente es la confusión. Se percibe el propio vacío pero se quiere evitar enfrentarlo. Y esa energía, generada por fuerzas antagónicas, no tiene un adecuado cauce de expresión y se emplea en la generación de fantasías catastróficas, uno de cuyos focos centrales es el desamor. (Ver Ilustración nº 4).

Hay pues mucha actividad interna bajo este “desierto”. No es infrecuente la aparición de angustia con su correlato de dificultad respiratoria y bloqueo del pecho.



- ### Estratos de la Neurosis
- Clichés
 - Roles
 - Impasse
 - Implosión
 - Explosión:
 - Ira
 - Dolor
 - Alegría
 - Orgasmo

Ilustración nº 4

Las incómodas sensaciones corporales “alimentan” y sustentan a su vez las fantasías negativas, con lo que la espiral del miedo puede llegar al extremo, llevando a la parálisis y conectando a la persona con sus miedos más profundos, que con frecuencia están asociados a la idea de muerte. Perls la denomina *implosion*.

Esta es una fase dura pero enriquecedora que no siempre se vivencia y que permite conectar con los núcleos enfermos de la persona.

Cuando aumenta esta energía contenida, pese a los intentos de retención y control, se produce una ruptura, en ocasiones violenta, en forma de emoción conectando a la persona con lo *auténtico* de sí misma. Pena, ira, alegría y orgasmo son sus formas exteriores. Es la muerte que retorna a la vida. Toma de contacto *real* entre el exterior y el interior de la persona.

No siempre el proceso sigue todo este recorrido. A veces el impasse se deshace en forma no violenta. Pero siempre requiere mantener la situación sin distorsiones con el fin de propiciar que la persona se atreva a enfrentar su miedo. Es esencial para ello la creación de un centro, de una dirección, que en ocasiones puede ser la propia decisión de continuar ahí, de no huir. El acompañamiento del terapeuta actúa de catalizador que contiene y tranquiliza.

El miedo del terapeuta a la angustia puede abortar las posibilidades de crecimiento del paciente, ayudándole a adaptarse a las exigencias de la sociedad, sin propiciar que avance en su expresión genuina. Por esto me parece esencial plantearnos ante las situaciones de impasse en nuestros pacientes ¿cual es mi posición como terapeuta? ¿estoy ayudando a mantener el statu quo?. O por el contrario ¿estoy ayudando a que el paciente sea fiel a sí mismo, pese a las sensaciones incómodas que su situación de impasse me reporta?

Revisemos someramente este tema desde otra formulación terapéutica que nos permita ampliar el punto de vista.

Etchegoyen desde una perspectiva psicoanalítica, caracteriza el impasse por tratarse del reverso de la elaboración. En efecto, considera el impasse como una detención insidiosa del proceso analítico, que tiende a perpetuarse, conservándose el encuadre, no ligado a psicopatologías específicas y que involucra a ambos, paciente y terapeuta.(Ver Ilustración nº 5).

Sería de nuevo un callejón sin salida que no es atribuible en principio ni a error técnico del terapeuta, ni a resistencia incoercible del paciente. Su diagnóstico ha de basarse también en el material aportado: sueños tipo dar vueltas a una noria, etc.

Impasse – (continuación)

- Detención del proceso analítico
- Tiende a perpetuarse
- Se conserva el encuadre
- No ligado a patologías específicas
- Involucra a paciente y terapeuta

Ilustración nº 5

Si en una columna se colocan los factores del “buen” trabajo analítico, es decir Inshigt y Elaboración, en la otra, como “metamecanismos” de defensa, estarían las estrategias del yo que dificultan esta labor, llevando eventualmente al impasse. Estoy refiriéndome al Acting Out, a la Reacción Terapéutica Negativa y a la Reversión de Perspectiva. (Ver Ilustración nº 6).

El **Acting Out** es una acción neurótica, en la que pensamiento, recuerdo, comunicación y verbo, quedan sustituidas por la acción. Son acciones casi siempre impulsivas, en contraste con las motivaciones habituales y con frecuencia adoptan una forma auto y heteroagresiva. Inciden sobre la **tarea** en el proceso analítico, consiguiendo no recordar. Bion las explica como la evitación de la dolorosa tarea de pensar en lugar de sentir la frustración básica. Muy ligado a la angustia de separación, por ello en la contratransferencia provocan **alarma, zozobra**. (Ver Ilustración nº 7).

La segunda estrategia del Yo, la **Reacción Terapéutica Negativa**, es un empeoramiento paradójico que se produce tras un momento de progreso. Esta estrategia no incide sobre la tarea, ya que el trabajo analítico sí se hace, sino sobre los **logros**, produciéndose una especie de vuelta atrás. Se da en personas con una intensa rivalidad que se traslada al terapeuta, y una sensibilidad grande a lo que daña su autoestima, de forma que asocian el triunfo a un riesgo excesivo (si progresan temen ser envidiados, si no lo hacen se sienten inadecuados). A nivel contratransferencial provocan en el terapeuta **decepción, fatalismo, aburrimiento**.

La tercera estrategia del yo, o **Reversión de la Perspectiva**, supone un “contrato terapéutico” paralelo y oculto desde el cual el paciente reinterpreta lo analizado. Hay un acuerdo manifiesto y un desacuerdo latente radical. No hay, pues, insight porque el paciente no se lo propone. Sería lo contrario del Insight. Incide, pues, en el **contrato**. El paciente, debido a su narcisismo intenta imponer sus premisas, sin explicitarlo. En el terapeuta, esta desvalorización y puesta en cuestión constante, supone una **sobrecarga** difícil de llevar.

Así pues, lo que el psicoanálisis aporta en relación al impasse nos habla de dificultad, estancamiento, falta de resultados, que llevan al terapeuta a sentimientos de preocupación, aburrimiento y sobrecarga.

Con formulaciones distintas, nos encontramos en ambas corrientes terapéuticas con un cúmulo de sentimientos negativos asociados a la dificultad y al fracaso. Si acaso con una pequeña diferencia en el sentido de un desaliento y pesimismo en las formulaciones analíticas que no es compartido por Perls..

El recurso terapéutico nos lo proporciona el hecho de que la energía que sostiene el impasse y la implosion proviene de la fantasía, y la *decisión* del terapeuta de quedarse ahí con su presencia, convirtiéndose él mismo en punto de referencia puede propiciar el grado de confianza necesario para atreverse a ir más allá.

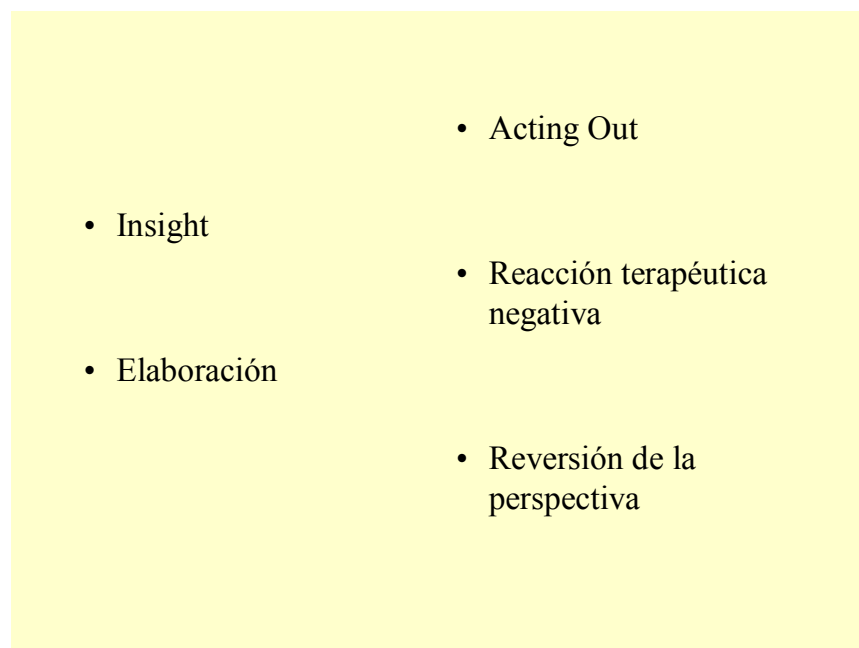


Ilustración nº 6

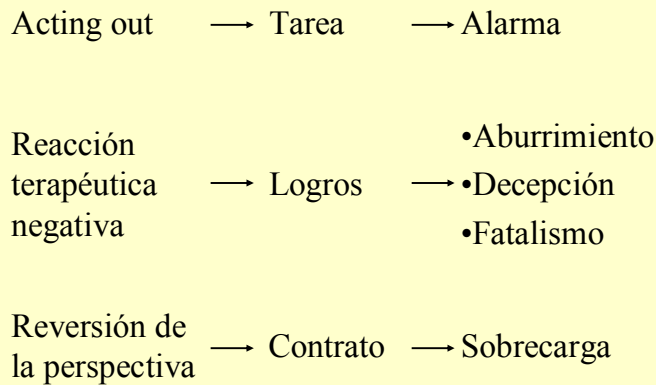


Ilustración nº 7

Pero este acompañamiento, este “quedarse ahí”, moviliza también la angustia del terapeuta y se hace necesario hacerse conscientes de ella. Por ello propongo que la observemos teniendo en cuenta los diferentes sistemas motivacionales: Narcisismo, Autoconservación, Apego y Sexual-sensual. (1). (Ver Ilustración nº 8).

¿Qué ocurre por ejemplo con un terapeuta cuyo sistema motivacional dominante sea el narcisismo?, ¿cómo puede movilizar su autoestima el fracaso de la tarea en un momento de impasse? ¿No es muy fácil para él caer en la tentación de la exigencia al paciente?

¿O en el caso de que sea el apego su factor dominante?, ¿no puede llevar al paciente a una situación de terapia interminable sin denunciar o incluso sin percibir la situación de estancamiento?

Y si es la sexualidad su motor, ¿no podría esto colaborar a que se utilice la erotización del vínculo como referente para desviar la atención del estado de impasse y que disminuya el nivel de angustia?

Por último, ¿no sería el impasse la escena más temida por un terapeuta cuyo sistema motivacional dominante sea la autoconservación, por lo que conlleva de cambio y ausencia de referente?.

No hay en este momento posibilidad por el tiempo de que disponemos, pero esto se podría aplicar igualmente al paciente así como al interjuego entre ambos. Teniendo además en cuenta que no es lo mismo la respuesta esperable según las diferentes combinaciones que pueden presentarse.

Lo que en cualquier caso es necesario es una revisión sincera por parte del terapeuta de las implicaciones emocionales que puedan generar en él la situación de impasse de su paciente, para, contando con ello, ayudarlo en lo posible a atravesar este momento difícil sin traicionarse.

A modo de ejemplo os quiero contar el caso de una paciente, mujer de 44 años, casada y con dos hijos de 24 y 21 a. Padre alcohólico, y un hermano enfermo que acapara la atención de la madre. Se crió “en la calle”, con mucha inseguridad y falta de límites. Acude a consulta presentando un trastorno de ansiedad con rasgos depresivos. Tiene una fuerte tendencia a la desvalorización y a los sentimientos de culpa, inseguridad y acusada tendencia al acting, compras compulsivas y rasgos bulímicos.

Sistemas Motivacionales

Narcisismo	————→	Sentimientos de Fracaso
Apego	————→	Proceso interminable
Sexual	————→	Erotización del vínculo
Autoconservación	————→	Miedo ante la ausencia de referente

Ilustración nº 8

En una primera fase de tratamiento se centra la paciente en sus problemas de autoestima. Ella *lleva* prácticamente la empresa familiar pero “no se ve” a sí misma. Se produce una importante mejoría en esta área. Cuando empieza a surgir una temática más personal y afectiva, y en concreto centrada en la pareja, los acting y cuestionamientos a mi labor, que acompañaron todo el proceso, se multiplican, y finalmente la paciente deja la terapia. Ahí creo que mi propio sistema motivacional narcisista me impidió desde la rigidez modificar el encuadre y haber propiciado continuar.

Pasado un tiempo, solicita de nuevo consulta. En esta ocasión trae a primer plano el problema con el marido. Aunque limpia mucho resentimiento, se queda fijada en: “me quiero separar”, para pasar a conectar con el pánico que esto le produce: “no puedo”. Se mantiene así mucho tiempo en una lucha que yo siento es una falsa polaridad, ya que en ambas soluciones hay mucho de compulsivo. A partir de ahí me centro yo misma en soltar exigencia, manteniendo cada vez más las sesiones en un contacto con el presente muy centrada en las sensaciones corporales. A veces se hace muy duro mantener esta situación, pero ella va encontrando otra forma de calma que no conocía. Hay un punto de inflexión en una ocasión en su casa, en que mirando al marido se deja sentir un profundo dolor mezclado de comprensión. Lloro largo rato. El marido se acerca a ella. No hay palabras. Cuando lo relata en consulta rescata: “muy doloroso, pero también sentí el alivio de *lo real* “. Y... no sé por donde evolucionará su matrimonio. Lo cierto es que está entrando en una forma de comunicación diferente, que está dando sus frutos, de momento en especial con los hijos, y que está contenta de no huir de lo afectivo. “Ayúdame a seguir ahí”, me plantea. Creo que está valiendo la pena intentarlo.

(1) NOTA: Perspectiva propuesta por Hugo Bleichmar.

BIBLIOGRAFÍA

ASÍN, A. (1982) El tantrismo en terapia gestalt. Inédito.

BION, W.R. (1996) Volviendo a pensar. Buenos Aires. Lumen Hormé.

BLEICHMAR,H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona .Piados.

BLEICHMAR, H. En comunicación oral, curso de especialista en clínica y psicoterapia psicoanalítica.1999-2000.Universidad de Comillas.

ETCHEGOYEN R.H. (1999) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires. Amorrortu editores.

PEÑARRUBIA F. (1998) Terapia gestalt. La vía del vacío fértil. Madrid. Alianza Editorial.

PERLS, F. (1966) Cuatro conferencias de Atlanta. En teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica. Compilación de Fagan y Shepherd. Buenos Aires. Amorrortu.

PERLS, F. (1969) Sueños y existencia. Santiago de Chile. Cuatro Vientos Editorial.

PERLS, F. (1978) Esto es gestalt. Compilación de Stevens, J. Santiago de Chile. Cuatro Vientos Editorial.

PETIT, M. (1986) La terapia gestalt. Barcelona . Kairós.

THOMÉ, H. Y KÁCHELE , h. (1990) Teoría y Práctica del Psicoanálisis II. Estudios Clínicos. Barcelona. Herder.

CONTRATRANSFERENCIA Y PACIENTES BORDERLINE

Adelaida López Alonso

El objetivo de esta exposición es mostrar las dificultades contratransferenciales que se generan en el tratamiento de pacientes límites. Para ello, empezaremos haciendo un breve recorrido histórico de lo que se ha venido entendiendo por el término “contratransferencia” y como es entendida ésta en Gestalt para detenernos en las dificultades que plantea el paciente borderline en este sentido.

La contratransferencia.

Podemos distinguir respecto a este concepto dos tiempos: en el primero, por contratransferencia se entendía la reacción inconsciente del terapeuta ante la transferencia del paciente. Tenía que ver siempre con conflictos no resueltos del terapeuta, que éste debía solventar. **Freud** que es el primero que acuña el término, opinaba que la contratransferencia nunca debía ser utilizada en la cura, el analista debía esforzarse en convertirse en una pantalla de proyección y no debía de darle nunca al paciente algo proveniente de su propio inconsciente.

En un segundo tiempo, se empieza ya a comprender la contratransferencia como resultado de lo que experimenta el terapeuta ante el paciente en la situación terapéutica y abarca toda la respuesta emocional del terapeuta, tanto la consciente como la inconsciente. Aquí ya, la reacción emocional del terapeuta está en consonancia con lo que en él produce determinado paciente, es decir, es respuesta a la transferencia del paciente. En este línea **Ferenczi** defiende la puesta en juego de la contratransferencia del analista y desarrolla la idea del análisis mutuo: el analista le entrega al paciente los elementos constitutivos de su contratransferencia. **Heimann**, aunque entiende la contratransferencia como el conjunto de reacciones y sentimientos que el analista experimenta respecto de su paciente defiende utilizar la contratransferencia como un instrumento para la comprensión del analizante, pero no está de acuerdo con que lleve necesariamente a una comunicación de los sentimientos del analista al paciente. **Little** por el contrario, rechaza toda idea de distancia entre analista y analizante, ambos son inseparables y el analista le debe comunicar al paciente los elementos de su contratransferencia.

En Gestalt, la contratransferencia abarca toda la respuesta emocional del terapeuta frente a determinado paciente, y es el resultado de la interacción entre dos organismos en un campo dado: la situación terapéutica. La técnica propugna además, como en este segundo enfoque, utilizar la respuesta emocional y verbalizarla frente al paciente como parte del proceso, del encuentro entre dos personas, como herramienta de ampliación del darse cuenta.

Quizás lo más destacable del enfoque gestáltico, reside en una actitud de base por parte del terapeuta, que renuncia a una supuesta neutralidad, que utiliza lo que siente para devolvérselo al paciente: “cuando dices esto, yo siento esto otro...”, como herramienta privilegiada para el análisis fenomenológico de lo que está ocurriendo aquí y ahora. Entiende la relación terapéutica como un encuentro entre dos personas aliadas en la tarea de discriminar lo que está ocurriendo en el presente, para facilitar la toma de conciencia por parte del paciente del efecto que genera en otro su conducta.

Estamos hablando, por supuesto, de las reacciones emocionales que son conscientes para el terapeuta, en un momento dado, sin dejar de lado la posibilidad de profundizar a posteriori en la parte inconsciente movilizada por determinado paciente.

El problema que plantea este abordaje es si es útil y operativo en cualquier patología. Presupone que el paciente sea capaz de distinguir con claridad entre mundo interno y externo como sería el caso del neurótico, pero ¿qué sucede ante pacientes que presentan alteraciones en sus vivencias de la realidad aunque conservan su “ prueba de realidad “como es el caso de los limítrofes?

El paciente Borderline.

Cuando el Sr X llega a consulta, está desbordado por una intensa ansiedad que no puede controlar. Durante dos años, ha mantenido una relación de pareja en la que se sentía frustrado y angustiado. Piensa que son incompatibles, siente que a ella no le gusta, no comprende cómo está con él, no se siente entendido y ha desaparecido la atracción sexual hacia ella. Por otra parte, se siente incapaz de dejar la relación. Dirige frecuentes ataques a su pareja, denigrándola . “no me gustas, no me siento atraído por ti,” y cuando ella se decide a dejarle interrumpiendo todo contacto con él, se siente entonces invadido por unas dosis masivas de ansiedad que le propulsan a intentar recomponer el vínculo. Se dedica a perseguirla hasta que de nuevo consigue restablecer la relación. Al poco tiempo, vuelve a iniciarse la misma dinámica.

Ya anteriormente, ha mantenido dos relaciones similares. Pasado un primer tiempo, deja de sentirse interesado y desea abandonar la relación sintiéndose incapacitado para hacerlo ante la angustia que le invade al quedarse solo.

Se queja de su soledad: no consigue tener pareja estable y ya tiene 40 años, no tiene amigos y le resulta muy difícil relacionarse con los demás. No entiende que le ocurre ni por qué no consigue tener relaciones. Se considera “raro” aunque no sabe en qué, no comprende lo que pasa, solo recuerda que siempre hay “alguna discusión, él es un hombre que habla claro” y los otros terminan alejándose de él. No reconoce que él tenga que ver en algo en esta actitud de los otros.

Dice tener mala memoria, a veces no recuerda lo que ha hecho días atrás, no mantiene una sensación de continuidad consigo mismo, es decir, presenta perturbaciones de la conciencia que tienen que ver con reacciones disociativas y estados de “penumbra”.

Sus tendencias sexuales son perversas alterando entre periodos de promiscuidad sexual y otros de total inhibición de su conducta sexual pero con fantasías conscientes sádicas en las que daña a una mujer imaginaria que se somete a su voluntad obteniendo solo así gratificación sexual.

Tiene una organización ciclotímica de la personalidad con marcadas tendencias hipomaniacas. Oscila de la manía: se siente entonces pletórico, con ganas de hacer muchas cosas, es un hombre de intereses variados, a periodos profundamente depresivos en los que se siente “muerto” en todos los niveles y en los que aparecen con mucha frecuencia ideas de suicidio: (“lo mejor que me puede pasar es morirme, no quiero vivir así, nunca podré conseguir lo que quiero, yo lo que deseo es morirme”) que provienen de una autodestructividad primitiva. Recuerda como ya de pequeño la única manera de conseguir cierto alivio de su ansiedad era hiriéndose. (Descarga indiscriminada de la agresión hacia el mundo externo y hacia el propio cuerpo).

Es característico en él la falta de tolerancia a la ansiedad y la falta de control de los impulsos.

Consigue dejar la relación que mantenía, en parte porque bajo medicación le resulta más tolerable contener la angustia, y al poco tiempo conoce a otra mujer con la que decide irse a vivir el primer día que se cita con ella. Inicia un proceso entonces en el que de nuevo alterna entre periodos hipomaniacos y depresivos marcados por los vaivenes de la relación.

Cada vez que surgen discusiones violentas entre ambos, vuelve a aparecer la ansiedad, su pareja se convierte en alguien totalmente “malo” y negativo, se siente agredido, abandonado y con mucha dificultad para poder ponerse en el lugar del otro y evaluar como determinada actitud personal ha podido condicionar la respuesta de ella. En él está ausente un yo que observa. Su pareja es maravillosa cuando todo va bien y mala cuando pelean. Le resulta imposible poder sintetizar imágenes buenas junto con imágenes malas del objeto. La falta de tolerancia a la ansiedad y la gran intensidad de sus instintos agresivos, no le permiten la síntesis de lo bueno y lo malo de uno mismo y del otro que por otra parte, sería lo que le ayudaría a neutralizar su agresividad. Esto no lo puede hacer por el mecanismo defensivo de la **escisión**, que le impide mantener en la conciencia su rabia y destructividad. Siente fuertes sentimientos de inseguridad e inferioridad, y cree que tiene derecho a esperar de los demás gratificaciones, de ser tratado como persona especial sin tener en cuenta para nada el efecto de su conducta en el otro. Haga él lo que haga, espera estar siempre frente a otro que le trate amorosamente. En realidad, no experimenta culpa ni preocupación real por el otro. Solo experimenta una reacción depresiva que esconde una rabia impotente y sentimientos de derrota ante fuerzas externas que le desbordan. No hay duelo real ni pena por la propia agresión o el daño generado a los demás.

Es observable una superficialidad emocional que es una defensa para alejarse de todo compromiso afectivo demasiado hondo por el temor a ser atacado por el otro, por la mujer en la medida en que ésta se va haciendo importante para él. Poco a poco se va desvelando su tendencia paranoide: teme ser destruido, devorado por la mujer: “las mujeres son unas pirañas”, y frente a ese temor siente la necesidad de controlar él, antes que el otro le ataque.

La contratransferencia con los borderline,

Este y otros pacientes del mismo tipo, suelen generar en el terapeuta fuertes reacciones emocionales que tienen que ver con la prematura, intensa y caótica transferencia que les caracteriza. El experimentar ante un paciente una intensa respuesta emocional suele ser el primer indicador de estar frente a un paciente limítrofe o con una grave perturbación psicológica. Son pacientes con intensos impulsos destructivos y autodestructivos que son a menudo proyectados en el terapeuta. Si esto ocurre, el terapeuta inspirará temor y desconfianza en el paciente. Al creer que el terapeuta le ataca, responde. Puede estar consciente de su propia hostilidad, pero piensa que no hace más que responder a la agresión previa del terapeuta.

Esto me ocurrió con una paciente borderline, que por iniciar la sesión con diez minutos de retraso, se sintió pospuesta, atacada y ultrajada y me agredió verbalmente perdiendo el control. O recuerdo también otra paciente que llamó en domingo y al devolverle la llamada el lunes, decidió dejar el tratamiento ya que yo debía de estar disponible en todo momento para ella.

Estas conductas y otras, menos explícitas, tienden a provocar en el terapeuta sentimientos y actitudes agresivas también, que plantean cómo manejar la contratransferencia en un momento dado.

Es deseable que el terapeuta sea capaz de controlar la agresividad que se produce, tanto la del paciente, como la propia, y estar a la escucha de los sentimientos propios para ponerlos al servicio de la comprensión del paciente. Es necesario la tolerancia y neutralidad para preservar el contacto emocional con este tipo de paciente, cosa que no es fácil de lograr, porque se experimenta la sensación desagradable de estar frente a un perro que “muerde la mano que le alimenta”.

En estos casos, no es operativo explicitar la contratransferencia, devolverles lo que se siente, decirles algo así como: ...”me siento enfadada o molesta contigo por...”, no conduce a ninguna parte, probablemente a iniciar una discusión que le permitirá justificar el abandono del tratamiento. (Hay que tener en cuenta además que son pacientes que intentan inconscientemente anular al terapeuta).

El objetivo consiste en ayudar al paciente a tomar conciencia de que es lo que ha generado en él esa respuesta, que comprenda cómo vive al terapeuta como alguien que le ataca, y pueda así entender el mecanismo proyectivo que utiliza, y tome conciencia de su odio y desconfianza, que suelen ser las partes más escindidas de su personalidad.

Una relación puramente de apoyo que evite el abordaje de la transferencia, de cómo es vivido el terapeuta, genera una falta de profundidad crónica en el vínculo terapéutico, que no les sirve para nada.

Al ser pacientes tan conflictivos, puede ocurrir que el terapeuta sienta angustia, impotencia o que se vea obligado a luchar con la aparición de impulsos agresivos en sí mismo, todo lo cual le puede llevar a intentar evitar inconscientemente estos temas “conflictivos”. O si se asusta, puede que intente controlar al paciente de alguna manera, sometiéndose al paciente, por ejemplo.

Otra posibilidad es que estos pacientes realicen una idealización positiva del terapeuta que se convierte así en alguien totalmente bueno. (Esto les sirve para sentirse protegidos contra un mundo poblado por “objetos” peligrosos.)

El Sr. X oscila en las sesiones entre presentarse como un niño desvalido que se está ahogando y grita “socorro”, y otras sesiones en las que se muestra distante y frío emocionalmente, dando la impresión de estar frente al alguien totalmente desconocido.

El peligro con él, es dejar de lado la transferencia negativa latente e intentar formar una relación terapéutica en una atmósfera de negación de la transferencia. Me di cuenta que ésta había sido mi actitud inicial, con unos resultados que conducían a una ausencia de profundidad emocional y un seudosometimiento por parte del Sr., X, a lo que éste vivía como “mis demandas”. Estaba pendiente de mi reacción ante sus respuestas e intentaba averiguar si era correcto o no lo que decía.

Para modificar la relación que se estaba estableciendo utilicé todo el material que traía a sesión respecto a sus relaciones con las mujeres para empezar a señalarle como temía a la mujer, como proyectaba en ella su hostilidad y una vez proyectada, como convertía a la mujer en un ser peligroso del cual tenía que defenderse, y a la vez, cómo y de qué manera se estaba dando esto mismo en el aquí y ahora de la relación conmigo.

Este manejo de la contratransferencia, que en lugar de devolverle al paciente el efecto que ejerce en nosotros, conlleva una contención de éste y una mirada más atenta a los sentimientos latentes que se ocultan tras la conducta manifiesta del paciente, ha permitido que el Sr. X pudiera ir verbalizando progresivamente otros aspectos agresivos de su comportamiento, en la medida en que se ha sentido contenido y en un espacio en el que era posible manifestar su hostilidad en un primer tiempo, para pasar a comprenderla después.

Entiendo que es limitador en cualquier caso, “quedarse pegado” a la letra gestáltica u a cualquier otra. El tratamiento de este tipo de pacientes demanda la flexibilidad necesaria para poder utilizar el manejo contratransferencial más adecuado en cada caso, aunque en

determinadas ocasiones requiera inclusive convertirse en un “terapeuta pantalla”, ya que son estructuras de personalidad frente a las cuales, la “transparencia” no es suficiente para poder generar el cambio.

Sería conveniente repensar en los límites y alcances de las herramientas gestálticas, tan útiles en el tratamiento del neurótico, y estar dispuestos a utilizar las aportaciones de otros enfoques para enriquecer la intervención gestáltica en el campo de las psicosis y de los pacientes fronterizos.

EL PODER EN LA TERAPIA

Vicente Cuevas

1. EL PODER

“Se puede usar el miedo como palanca para seguir adelante... lo más probable es que se encuentre la fuerza y la alegría”.

Muchas personas tienen un profundo anhelo de cambiar algo de sí misma o de su situación. Ese anhelo por cambiar incluye la esperanza básica de que el cambio deseado es posible. Las manifestaciones verbales van en esa dirección: “Si me empeño lo lograré”, “Todo irá mejor si...”, “Necesito conseguir...”. Las personas que no creen en el cambio hacen frases diferentes: “Tanto esfuerzo no merece la pena”, “Nada es posible, todo seguirá igual”, “Es muy difícil...”.

Siempre que el cambio está presente, se emplea algún tipo de fuerza, sea esta física, emocional, mental, espiritual o relacional, actuando de manera aislada o combinándose entre ellas.

El poder es una fuerza básica en la vida, y cierta forma de fuerza o poder se manifiesta de modo activo o está latente en cada objeto, idea, símbolo, situación o persona, en cada lugar y momento.

El poder humano podemos describirlo como fuerza o energía, y puede ser interno o externo, individual o colectivo, pero no es igual para todos y no es del mismo tipo, unos tienen más y otros menos, y la posesión de esa fuerza es la capacidad de emplearla para cambiarse a sí mismo, a los demás, o al contexto ambiental, si bien no podemos obviar que el uso de ese poder puede ser tanto malsano como saludable. Podríamos citar como posiciones malsanas cuando el poder se orienta a controlar a los otros, a abusos, manipulaciones e inhibiciones, o al conformismo, sometimiento y obediencia... y como saludables cuando se tiende a la autorrealización personal, a la generación de opciones, a trazar vínculos afectivos...

Pero, cuando comenzamos a acercarnos al tema del poder es necesario resaltar la diferencia entre poder físico y poder humano. El poder físico es más conocido por el mundo científico, y puede ser explicado y comprendido. El poder humano no está tan claro. Nosotros sabemos que hay gente poderosa y otros son incapaces, unos tienen ideas claras y saben a qué tienden y otros más ambiguas no sabiendo qué quieren y cómo lo quieren o cómo llevarlo a cabo... Lo cierto es que el poder humano no es fácilmente comprensible, y no puede ser medido y computado con exactitud. ¿Cómo puede alcanzarse? ¿Cómo puede desarrollarse?, hay respuestas intuitivas, pero al no ser fácilmente comprensible se suele tender o bien a negar el tema del poder –el modo más frecuente es ignorarlo–, o a la generación de una serie de creencias y mitos acerca del poder; algunos ejemplos nos ilustrarán:

- “El poder es malo porque corrompe al que lo ejerce”.
- “Tener poder es peligroso porque puede ser destructivo”.
- “Tener poder implica que los otros se distancian porque piensan que el poderoso no necesita nada”.
- “El poder ayuda en la vida”.

- Etc.

¿Cuál es tu visión del poder?

¿Qué creencias tienes sobre el poder en la terapia?

LOS TIPOS DE PODER

El poder tiene importancia para la gente, por ello se plantea cómo obtenerlo, qué hacer con él, ... y no es extraño que se tema y se admire a quien lo tiene. El poder puede ser externo y también interno. Estos poderes pueden estar relacionados o no, pueden nutrirse uno al otro, o ser totalmente independientes y no guardar relación.

a) Poder externo:

-Tener propiedades, mucho dinero, fama o prestigio, empresas o negocios, ...cargos ejecutivos, políticos o públicos –legalmente asignados- ... etc., esto se asocia a poder e influencia.

b) El sentimiento interno de poder.

Es un sentimiento de estar bien, de confianza, algo que hace que uno se sienta capaz de conseguir logros en su vida. Es un poder creativo con capacidad de desarrollar ideas nuevas y nuevos estilos de vida. El sentimiento subjetivo de poder basado en lo no material (amor, pasión comunicación...) proviene de una expansión, de un aprendizaje, de una progresión, y puede ser satisfecho porque son aspectos más controlables por uno mismo, y ahí radica la clave del poder.

En contraposición el **sentimiento de impotencia** que proviene del tedio, de no ser capaz de lograr algo deseado-necesitado o de no apoyarse en uno mismo. Desde esa incapacidad, su vivir es más un aparentar, evitar el mundo interior o crear relaciones de dependencia. Y en su base están los juegos manipulativos de poder.

Si uno observa estas referencias nuestra tendencia sería inclinarnos hacia la autonomía, la capacidad, el sentimiento subjetivo de poder... pero lo cierto es que navegamos más tiempo del deseado en las aguas del sentimiento de impotencia. Laing habla de un “hipnotismo” que nos hace aceptar nuestras limitaciones y nuestra opresión y nos hace perder la noción de que estamos hipnotizados. Tenemos un proceso vital de entrenamiento en la dependencia y al llegar a la adultez creemos que estamos capacitados para ser autónomos, tomar decisiones, pensar y actuar por nosotros mismos... pero olvidamos la interiorización del entrenamiento vivido. Así esa totalidad “controlador-controlado”, “nutridor-nutrido”, “capaz-incapaz”... queda como el modelo habitual de funcionamiento que se da en relación al mundo externo y también en el modo como nos relacionamos con nosotros mismos y cómo nos comprendemos y aceptamos.

2. EL PODER EN LA TERAPIA

En las diferentes culturas (Chamanismo, Budismo, Cristianismo...) es importante acceder a la energía de una “fuente de poder” que posibilite transformar el dolor y el sufrimiento en algo saludable.

El acceso a una fuente de poder es un modo que posibilita activar la capacidad que existe en nosotros. La fuente puede ser cualquier forma o esencia, cualquier tipo de energía que a uno le resulte inspiradora o beneficiosa. Las imágenes nos ayudan a desarrollar y recuperar fuerzas que poseemos, ya que nos conectan con nuestra sabiduría interna. Al acercarnos a una fuente de poder, nuestras actitudes tienden a suavizarse, los sentimientos dañinos se disipan y suele cesar la ofuscación mental y ahí ganamos en claridad y visión.

Podemos encontrar diferentes fuentes, en función de la cultura, sensibilidad, o proyección vital. Pero es necesario en nuestro mundo incluir áreas que favorezcan el desarrollo individual y sistémico; y que abarquen las secuencias del vivir según el tránsito existencial orientando a la satisfacción de necesidades.

Las fuentes de poder de la energía, mirando a los chacras son:

- Trascendencia y espiritualidad.
- Conocimiento a todos los niveles: científico, intuitivo, histórico y visión de futuro.
- Comunicación.
- El amor, el perdón y la compasión.
- Autodominio y autoestima.
- Pasión y sexualidad.
- Arraigamiento: poder físico y poder grupal.

3. LA ACTITUD Y PODER DEL TERAPEUTA

¿Cómo hacemos el camino del vivir?

La tendencia actual de nuestra cultura de “llevar al máximo las opciones de desarrollo” se apoya en la convicción de que “más es mejor” por los logros y pese a los fuertes desequilibrios que ocasiona. Una segunda tendencia, auspiciada por la Física Cuántica y ciertas corrientes psicológicas y de pensamiento se plantean que “evolutivamente hay límites”, lo que nos lleva a otro tipo de comprensión, ... y desde ahí necesariamente a “la actitud”.

Pero ¿qué es la actitud? Es algo más que una palabra, es una “posición”, una “pauta existencial”, una forma de percibir la realidad y evaluarla, un modo de pensar, sentir y actuar... dirigidas hacia un objeto, persona, anhelo... y que conlleva un “estar” con uno, con lo externo y con la existencia misma.

La actitud tiene sus puntos de apoyo en diferentes componentes: -el contexto o situación real, -las creencias y valores, -el uso de nuestras capacidades y límites, -la responsabilidad vital y -el sentido existencial. Y de ahí arranca también el poder personal y la comprensión y vivencia del poder que va a derivar en un estilo de hacer terapia.

4. LOS MODOS PERSONALES DE PODER

Del mismo modo que hablamos del poder del terapeuta y de la necesidad de crear una relación sanadora, también es necesario que el cliente tenga capacidad para generar fuerza,

vitalidad y recursos emocionales. La curación no es un acontecimiento pasivo, requiere actuar, pero no es extraño observar a personas que no tienen poder suficiente para lograr lo que anhelan o necesitan, o bien son limitados para lograr algo que les resulte beneficioso e incapaces para frenar lo que los daña.

El poder está en la raíz de la experiencia humana y las creencias y actitudes son derivaciones de la forma como definimos, comprendemos y utilizamos el poder.

Por ejemplo un terapeuta se confunde cuando encara la mera resolución de síntomas y pierde perspectivas más amplias. Ciertas emociones de impotencia o señales de inhibición, como temor, enfado, sentirse herido, confusión... en ocasiones, más allá de la sintomatología, son más bien tendencias vitales y modos de afrontar los problemas y la existencia; del mismo modo que ciertas emociones de poder (valoración, alegría, vitalidad...) pueden ser temidas y evitadas a toda costa.

Así un terapeuta necesita una comprensión de la vida y de la relación que mantenemos con el poder personal, que está en la raíz de nuestra experiencia interna y de nuestra salud.

Podemos formularlo de otro modo: ¿Qué es importante para ti? ¿Qué te activa? Personas distintas responderían distinto: una casa, dinero, atractivo físico, actuar honestamente, una relación, valoración personal, seguridad, etc. Pero con un mayor grado de conciencia y fuera de prejuicios también se incluyen otros aspectos: el esfuerzo, mi enfado existencial, la inhibición, mi sintomatología, la culpa, etc., modos de pseudo-poder como camino de acercamiento a las fuentes de poder.

Tras cada palabra se encierra un mundo de **valores y significados**, algo que para una persona representa poder, capacidad, bienestar, logro o vinculación, por razones a veces desconocidas. Aquí observamos que el poder media entre el mundo externo y nuestro mundo interno y la relación que se establece es mediante símbolos.

Como en el crecimiento interiorizamos también la cultura y subcultura, es necesario tomar conciencia de lo que nos da poder y lo que nos lo quita. Cada persona tiene numerosos símbolos de poder con su equivalencia biológica, orgánica y anímica, y nuestra vida se estructura en torno a esos símbolos. Las personas que permanecen en nuestras vidas y las decisiones que tomamos son expresiones y símbolos de nuestro poder personal; una enfermedad o una crisis se desarrolla cuando se pierde o se teme perder algo cuya significación sea importante.

Las formas externas encierran un lenguaje simbólico que nos enseñan a evaluar el poder en nosotros mismos. La curación, la superación de conflictos, el desarrollo de capacidades... se facilita identificando los símbolos de poder, la relación con esos símbolos y escuchando lo que representa para cada uno. El sentimiento subjetivo de poder está determinado por símbolos de poder.

Cuando observamos las acciones humanas, a veces las tomamos literalmente, y ese literalismo sólo mata la poética y el significado. Toda acción es generada y genera una imagen interior por la que nos movemos. Contexto, hecho y significado no pueden separarse o entraríamos en situaciones sin salida.

Toda cultura tiene su simbología y toda práctica terapéutica ha de tender a abrir un camino de sanación y alivio, pero es necesario plantear contexto y significado para comprenderlos y desde ahí acceder a las fuentes de poder.

5. EL MANEJO DEL PODER: RELACIONES SALUDABLES Y RELACIONES NO-CURATIVAS

La visión y el ejercicio del poder evoluciona culturalmente, generalmente de modo muy lento, y ahora podemos observar dos modos principales:

- a) La concepción más generalizada, donde el poder se entiende y por tanto se vive, como la capacidad de imponer al otro los propios criterios. Una parte gana a la otra.
- b) Proviene de una expansión. En la medida que se desarrolla la individualidad, el poder se percibe como una fuerza potencial y expansiva y su ejercicio como la facultad y la acción no de dominar a otro sino de compartir con otros –un nosotros– en aras a un desarrollo saludable y común. El individuo está bien cuando el conjunto del que forma parte está bien y viceversa.

Pese a que la Gestalt es un modo de entender los procesos y las relaciones, un método que favorece la salud y el bienestar personal, y no tiene una teoría del hombre o una intencionalidad –decir cómo una persona ha de ser–, lo cierto es que somos personas con subjetividad y culturizados, y en nuestro modo de hacer terapia, el terapeuta gestáltico no es neutro, está cercano como persona y en ese encuentro el método no es el aspecto básico sino la actitud y la relación que se establece.

La manera en que un terapeuta se relaciona con sus clientes y cómo se involucra y activa su energía y su sistema de creencias, es un componente básico. El terapeuta como guía y facilitador ha de ser capaz de estar en las diferentes manifestaciones de la vida del cliente y eso lo lleva al conocimiento de sus propios límites, pero surge una cuestión ¿cómo afrontar y resolver situaciones cuando el terapeuta está limitado por sus propias limitaciones?

Aquí quiero recordar a Zinker: *“Toda vida humana posee integridad que le pertenece. El terapeuta debe aprender a conservar su poder y capacidad técnica como tal sin perder respeto por la otra persona. El terapeuta no puede permitirse dejarse llevar por el poder que tiene sobre otros, de la misma forma que no puede permitirse abdicar de ese poder. Trabajar con vidas humanas es un privilegio que debe abordarse con los conocimientos, el respeto y la humildad debidos”*

Y desde aquí y focalizando básicamente en la figura del terapeuta y en la relación terapéutica creada, observamos dos posiciones:

1. Las relaciones no curativas y sus tipos.
2. Las relaciones generativas en terapia.

1. LAS RELACIONES NO CURATIVAS

Son estilos terapéuticos que no llevan a la satisfacción de necesidades, inhiben recursos necesarios y no suelen incluir los modos individuales de poder..., son estilos de dominio, y

en su base habitan las concepciones sobre la terapia... y el contacto y manejo que el terapeuta mantiene con sus propios límites y opciones. Incluimos estos cuatro tipos:

- a) El etnocentrismo terapéutico.
- b) El egocentrismo terapéutico.
- c) Las relaciones competitivas.
- d) El indiferentismo subyacente.

a) El etnocentrismo terapéutico.

Una trampa del humanismo ha sido la de “sustituir al ser por la idea del ser”. Así, no es extraño encontrar personas que dejan de vivir su propia vida porque pasan a vivir la de “sus modelos de vida” despreciando o negando todo lo que no concuerde con ellos.

Esto no es ajeno a la psicoterapia en general ni a la Gestalt en particular. La identificación con un método terapéutico nos lleva a ser como ese método, tal cual lo percibo o lo concibo, porque soy él, y así se reproduce el poder tribal inconsciente. Un terapeuta identificado, en mayor o menor medida, se aparta de la vida común y de la amplitud de la vida, y busca conformar a los pacientes a su modo, una especie de clonación terapéutica que puede inhibir la capacidad curativa o las opciones, al olvidar que el ser individual se integra con el ser familiar, social y temporal que también es.

La vida, de cualquier modo, suele poner las cosas en su lugar colocándonos antes o después en la imperfecta realidad: apegos equivocados, crisis, errores recurrentes... que también el alma necesita.

La Gestalt suele enseñar más cuando no se convierte en un culto.

b) El egocentrismo terapéutico.

Si en el tipo anterior el poder estaba en el método, aquí el poder se focaliza en la figura del terapeuta y por tanto la terapia está orientada –consciente o inconscientemente- hacia sus propias necesidades, carencias o deseos. En esta época de ambición sin par, hay terapeutas que están presos del prestigio, del dinero, de sus publicaciones, de su liderazgo, ... y no es que se trate de excluirlo, sino de moderar la codicia y el deseo.

En otro orden aparece la existencia de terapeutas que generan dinámicas concretas producidas por carencias interiores o ciertas tendencias vitales. Me gustaría citar el relato de una terapeuta en supervisión: *“...Estando yo omnipresente la cosa avanza mejor... Yo necesito ser la Reina del Mambo, y me cuesta pasar a un segundo plano y aunque sé que no es lo correcto es lo que hago.”*

Podríamos hacer una descripción de diferentes estilos: perfeccionistas, nutridores, sufridores, complacientes, directivos, ... que aún envueltos en un benigno manto, reducen el poder terapéutico o no propician el poder interno del cliente.

c) Relaciones competitivas.

¿Cómo una persona recoge un estilo de vida? No basta una determinada pauta sino un conjunto de elementos que influyen. Si observamos las diferentes dimensiones de la realidad que se engloban en un paradigma, podríamos describir la existencia de:

- Paradigmas sanos: los que permiten que las anomalías se manifiesten y con ello puedan renovarse viejas ideas o hábitos y crear un nuevo paradigma.
- Paradigma insano o patológico: colorean el marco para que todo siga igual. Dentro de esta visión aparece el mundo de las relaciones donde el estilo es como si se hubiera de demostrar quien está arriba y quien está abajo.

El aspecto de la superioridad e inferioridad no suele habitar el mundo consciente, pero este modo interiorizado de ubicarnos y de tomar a las personas se convierte en una dimensión para toda la experiencia.

Así, este tipo competitivo de relacionarse no lleva a la satisfacción, ni a la igualdad entre las personas, sino que tienden a fomentar y a mantener relaciones de dominio, dependencia e insatisfacción en mayor o menor grado.

En el marco terapéutico, además de establecerse como estructura de funcionamiento, puede aparecer también cuando terapeuta y/o cliente necesitan o quieren algo del otro y en vez de expresarlo lo reemplazan por un sentimiento de estar arriba o abajo, aunque sea de modo transitorio, lo que deriva necesariamente en las maniobras de poder, ese querer “triunfar” ante el otro y que proporciona un sentido de seguridad por tener el control de la situación... la cosecha final: escasez, frustración e impotencia.

La intimidación –física o psíquica- en cualquiera de sus formas, las posiciones extremas (todo o nada), las mentiras... son modos de inhibir la capacidad de la gente para comprender la vida y desarrollar las fuentes de poder, por ello interrumpir las relaciones de dominio y el poder de la negatividad se convierte en la primera tarea terapéutica.

d) El indiferentismo subyacente.

Es la filosofía de nuestra época, de la postmodernidad, es no entrar en las grandes cuestiones de la existencia, ... un “sácale jugo a la vida”, un fomentar “la cultura de la ausencia de esfuerzo”.

En su base habita: el atente a lo finito, a la diferencia, no te impongas al otro, disfruta, que cada uno haga lo que quiera (“es un problema suyo”. Eso sí, mientras no me afecte). Esta idea parece renunciar al absolutismo y favorecer la tolerancia, pero puede llevarnos a medio o largo plazo a su parte más oscura que:

- Favorece la separatividad y el individualismo.
- El indiferentismo llega a ser también “indiferencia por lo humano”.
- Hay una renuncia a la responsabilidad, y el ser humano no se sostiene sin responsabilidad: -de su familia, del trabajo donde dejas tu huella, de cómo participamos en la relación con otros, ...
- La expansión de la realidad virtual.

- A nivel terapéutico es la antesala de la superficialidad (evitar temas penosos), la distancia y hasta la indiferencia por el cliente, la terapia y el proceso, así como adoptar cualquier forma de pasividad.

2. LAS RELACIONES GENERATIVAS

“Lo que uno hace no es lo que uno dice que hace”.

El desarrollo del poder personal y la responsabilidad son cualidades esenciales en la práctica terapéutica, y aunque suelen ser negados es tarea del terapeuta ayudar al cliente a lograrlos, no estamos para tranquilizar a la gente sino para ayudarla a encarar la angustia cuando se les abre el abismo.

La vida moderna fomenta la cultura de la ausencia de esfuerzo, la negación de áreas del vivir (la muerte, el desamor, la culpa, la incapacidad, ...) etc., es decir se orienta a la inautenticidad, y en vez de abordar los conflictos y su angustia los humanos tendemos a evitarlos o a tomar drogas para alterar el estado emocional.

El abordamiento de esta complementariedad “autenticidad-inautenticidad” requiere una fuerza para abordarla, y ahí es donde el terapeuta a través de la relación y el encuentro terapéutico puede crear un espacio donde la persona se encuentre consigo misma y su vida..., donde pueda explorar y experimentar, ... donde encare las situaciones y aprenda a salir de los atolladeros... donde posibilite el acceso a las fuentes de poder... el cambio, la aceptación o la sanación, etc. según su deseo o necesidad.

Nuestra orientación es la de llegar a ser terapeutas más ecuanímenes, más capaces... Recientemente me pasaron un texto que me conmovió –desconozco el autor-, y hablaba del “Poder del apoyo”: *“Apoyar significa estar en nuestro corazón, estar en nuestra propia esencia para desde allí alentar la esencia del otro, alentar el corazón y la fuerza del otro”.*

Lo conecto con la idea del terapeuta y su imagen de servicio, para lo que precisa “un abajamiento continuo” que huye de la ostentación. Por ello es necesario revisar, además de su capacidad técnica, sus acciones y sus actitudes, e igualmente purificar las intenciones, pues a veces en los sustratos inferiores de la personalidad hay motivaciones diferentes: intereses, egoísmos, competitividad etc. y muchas de las argumentaciones dadas son sólo modos de justificar posturas.

En terapia se trabaja con fuerzas contrapuestas, símbolos de poder desconocidos, etc. y el uso saludable del poder se desarrolla cuando creamos una relación terapéutica sostenida por un manto generativo y de permiso a ser capaz.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Nos hemos acostumbrado al “literalismo” (a veces de métodos y textos) y ahí perdemos la dimensión simbólica, poética y mítica.

Como terapeutas necesitamos:

1. Captar los significados hondos, eso es lo más importante, único modo de no quedar atrapados en la imaginería infantil.
2. Reinventar las relaciones desarrollando “el contacto”. ¿Quién soy?, ¿Quién eres?, ¿Quiénes somos?... Difícil de responder, y sin ello no nos relacionamos desde donde somos –clave para el poder y la fuerza- sino desde este modelo actual basado en la superficialidad o el interés, relaciones de usar y tirar.
3. El ser hoy anda confuso, debilitado, asustado... buscando sistemas que le proporcionen seguridad (uno es la terapia), olvidando que la verdadera seguridad solo está en la confianza en uno mismo y en la vida.

BIBLIOGRAFÍA Y MATERIAL DE APOYO

- Joel Latner **“Fundamentos de la Gestalt”**
Ed. Cuatro Vientos.
- Joseph Zinker **“El proceso creativo en la terapia gestáltica”**
Ed. Paidós.
- Michel Katzeff **“Psicología de los Chakras”**
Mandala ediciones.
- Víctor E. Frankl **“El hombre en busca de sentido”**
Ed. Herder.
- Larry Dossey **“Palabras que curan”**
Ed. Obelisco.
- Luis Pancorbo **“Fiestas del mundo”**
Ed. del Serbal.
- Claude Steiner **Apuntes del taller: “Los juegos de poder”**
- Vicente Cuevas **Apuntes del taller: “El poder personal”**
Apuntes del taller: “El poder en la terapia”
Apuntes del taller: “El lado oscuro de la personalidad”
- R. Blakeney **“Manual de Análisis Transaccional”**
Ed. Paidós.