

GESTALT FRENTE A LA DEPRESIÓN

Vinculo y proceso integrativo

Jesús Miguel Martínez

LA EPIDEMIA DEL SIGLO

“...Es como estar metido en un túnel, o un bosque tupido. Solo. Sin esperanzas de poder salir algún día... Mas bien pensando que no se es capaz de salir... o con la convicción de que no existe salida alguna, y con la seguridad absoluta de que nadie podrá ayudarte. Llega un momento en que ya no da miedo, en que ya no provoca seguir luchando. Solo tienes ganas de morirte y no tienes fuerzas para matarte, solo te queda desearlo.”

De esa manera me describía un paciente su dramática experiencia con esa patología que progresivamente amenaza a convertirse en uno de los más terribles males del presente siglo. La depresión ha venido cobrando unas dimensiones monstruosas a lo largo y ancho del mundo.

Solo para dar una idea de lo anteriormente aseverado mencionare que en el año 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) contrató a un equipo de investigadores independientes dirigido por el Dr. Dean Jamison, profesor de Salud Pública en la Universidad de California, en Los Ángeles, para realizar un estudio prospectivo que identificara los mayores problemas de salud publica para el año 2020¹. El comité que realizó este estudio utilizó una medida que pone énfasis no sólo en la mortalidad sino también en la calidad de vida y en la pérdida de la salud: “la carga de morbilidad medida en años de vida ajustados por la incapacidad” (DALY: disability-adjusted life year), es decir la suma de los años de vida potencial perdidos debido a una mortalidad prematura y los años de vida productiva perdidos a causa de la discapacidad ocasionada por la enfermedad. En las mediciones preliminares se determinó que para el 1990 las principales patologías que sumían a los individuo a algún tipo de incapacidad que afectaba el bienestar y el desempeño cotidiano y le mataban prematuramente eran las infecciones respiratorias bajas, las enfermedades diarreicas, las condiciones patológicas perinatales, la depresión mayor unipolar que ocupaba ya para ese memento el cuarto lugar, la cardiopatía isquémica, las enfermedades vasculocerebrales, la tuberculosis, el sarampión, los traumatismos ocasionados por accidentes de transito y cierto tipo de anormalidades congénitas. Las proyecciones realizadas por el equipo de Jamison para el año 2020 indicaron que la depresión amenazaba con aumentar convirtiéndose en la segunda causa de incapacidad en el mundo. Cuando se revisaron las proyecciones por genero se determinó que para esta misma fecha la depresión amenazaba con convertirse en la primera causa de incapacidad en las mujeres de los países desarrollados y también en la primera en los países del tercer mundo, por encima de los accidentes de transito, de la enfermedad Coronaria, de la enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica, de los accidentes vasculocerebrales, de la tuberculosis, las infecciones respiratorias, las consecuencias de las guerras, las enfermedades diarreicas y del sida que eran las que ocupaban los nueve lugares restantes en la lista de las diez amenazas para el tercer mundo. Es fácil de entender porque algunos especialistas han llamado a la depresión la

epidemia del siglo. Según cifras publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 2001², se estima que hay alrededor de 25 millones de personas con depresión en América Latina y que podrían llegar hasta 35 millones para el año 2010. Solo un 15 por ciento son diagnosticadas y reciben un tratamiento adecuado.

AYUDANDO AL DEPRIMIDO: ¿QUE ES EFICAZ?

El papel del psicoterapeuta en el tratamiento de este trastorno es de importancia fundamental. Existen tres maneras fundamentales de abordar el tratamiento de la depresión. La primera de ellas es farmacológica, es decir, prescribir a los pacientes aquejados por el trastorno alguno de los numerosos fármacos antidepresivos que se venden en el mercado. La segunda es la aplicación de ciertas herramientas propias de alguno de los métodos de psicoterapia, la tercera es la combinación de las estrategias anteriores. La farmacoterapia tiene una importante ventaja: es más rápida, con un buen tratamiento farmacológico los síntomas de depresión desaparecen, o al menos mejoran dramáticamente en un tiempo promedio de no supera las cuatro semanas y que en ocasiones se reduce a solo unos cuantos días, sin embargo, el tratamiento medicamentoso es predominantemente sintomático, es decir que muy frecuentemente al retirar los medicamentos antidepresivos los síntomas de depresión reaparecen al cabo de unos pocos meses, el paciente experimenta una recaída; también son más frecuentes las recidivas, el medicamento no evita que el paciente enferme nuevamente del mismo cuadro. Con el tratamiento psicoterapéutico las recaídas son mucho menos frecuentes y también las recidivas, pero el inicio de la mejoría es mucho más lento que con el tratamiento a base de antidepresivos. Numerosos estudios indican que cuando se combinan ambas estrategias prevalecen las ventajas de las dos, es decir que con el tratamiento combinado los pacientes ven desaparecer más rápido los síntomas de la depresión y tienen menos posibilidades de recaer o recidivar cuando se discontinúa la medicación.^{3 4 5 6 7 8 9 10 11}

La psicoterapia tiene la capacidad de profundizar la mejoría de este trastorno, de hace que esta sea duradera en el tiempo y de generar cambios en la persona y en su forma de aproximarse a los eventos de su entorno, esto disminuye notablemente la posibilidad de volver a enfermar de un trastorno depresivo. Pero ¿son todas las psicoterapias efectivas? ¿Cuál de los modelos psicoterapéuticos es más apropiado para el tratamiento de la depresión?

Existen para los momentos diferentes corrientes teóricas acerca de la depresión y cada una de ellas propone un abordaje particular con algunos aspectos en común y algunas divergencias. Voy a hacer una breve mención de las que se han considerado más relevantes.

La más conocida de ellas es, sin duda, la teoría psicoanalítica que ha entendido la depresión como una agresión vuelta hacia el yo en el que reside un objeto interiorizado que tiene para el sujeto una significación ambivalente de amor y odio.^{12 13 14} Apoyándose en esta visión el psicoanálisis explora en la memoria pasada del paciente buscando la

causa que genera la ambivalencia y la autoagresión, también busca fortalecer el yo para que pueda oponerse a los impulsos agresivos del superyo.^{15 16}.

La psicoterapia cognitiva, modelo desarrollado por Aaron Beck y que ha hecho gran hincapié en la demostración experimental de sus resultados, plantea que la depresión es una distorsión cognitiva, en que el paciente sufre como consecuencia de una experiencia de pérdida ocurrida en un momento de la vida del paciente en que este no podía elaborarla en forma adecuada.^{17 18 19} Este evento ocasiona una alteración en la autoevaluación del sujeto, en la forma en que interpreta su entorno y la evaluación de sus posibilidades de manejarse en el futuro (aspectos que Beck denominó triada cognitiva). En una persona que se establece objetivos elevados y rígidos los fracasos en alcanzar tales objetivos son entendidos como un defecto profundo e insuperable de si mismos, esto lo sume en un sentimiento de profunda tristeza y de aguda e implacable autocrítica que son característicos de las depresiones. Beck sostiene que la depresión no es un trastorno emocional sino cognitivo.

En 1974 Seligman²⁰ planteó otra forma de entender la depresión. Según la cual esta era ocasionada por un sentimiento de insuficiencia aprendido, según el cual el paciente se percibe incompetente para evitar las situaciones de sufrimiento o para controlar y propiciar aquellas que le producen gratificación y por ello se culpa a si mismo. Esta propuesta se conoce como la teoría del desamparo aprendido.

Desde el punto de vista de la teoría conductual Ferster²¹, Lazarus²² y Lewinshon²³ plantearon que la depresión era la consecuencia de uno de tres fenómenos de reforzamiento conductual: en primer lugar el insuficiente refuerzo de algunas conductas que propician la satisfacción y aumentan las probabilidades de alcanzar metas específicas, en segundo lugar la escasa disponibilidad de refuerzos adecuados en el entorno y por ultimo la pérdida de efectividad de los refuerzos disponibles.

Mathews²⁴ considero la depresión como un fracaso en la autorregulación que ocurre cuando una secuencia de comportamiento no obtiene el adecuado éxito en una situación específica, entonces los individuos pasan sucesivamente por fases de autorevisión, autoevaluación, y autorrefuerzo. Los sujetos depresivos por ciertas razones que Mathews aclara insuficientemente tienen una predisposición a evaluarse en forma inflexible y a realizar por lo tanto autorefuerzos inadecuados por lo que se pierde la autorregulación espontánea del sujeto.

La ineficacia en el establecimiento de ciertas relaciones interpersonales fue aducida por Salzman²⁵ y Coyne²⁶ quienes aseguraron que la depresión ocurría porque las personas sentían haber perdido al aprecio y el afecto de ciertas figuras muy importantes de su entorno. Estos sujetos muy perfeccionistas y rígidos recurrían a una serie de mecanismos de coacción como el ruego las exigencias despóticas, la manipulación o el chantaje emocional para forzar a las personas significativas a reintegrarles al afecto que ellos suponían perdido.

Para finalizar mencionaré el planteamiento de Benton²⁷ quien aseguraba que la depresión era, tanto un intento del paciente de protegerse de las experiencias amenazantes o traumáticas como un mecanismo de reexperimentar la pérdida para poder resolverla.

Cuando se hace un estudio minucioso encontramos que todas estas teorías tienen aspectos en común con los planteamientos que hace la psicoterapia Gestalt en torno a la depresión. Por ejemplo la interacción entre el superyo rígido y amenazante y algunos aspectos del yo que propone el psicoanálisis se semeja en ciertos aspectos a la relación polarizada del “perro de arriba” y el “perro de abajo” planteada por Perls.^{28 29} La noción de gestalt inconclusa plantea mecanismos similares a los referidos por Beck cuando habla del evento traumático de pérdida no elaborado, situación que fue también propuesta por Benton y por los autores conductuales. Y no hace falta mencionar lo cercana que esta la psicoterapia Gestalt de los planteamientos hechos por Mathews puesto que el concepto de Autorregulación Organísmica es de factura Gestáltica. Sin embargo, a pesar de las evidentes coincidencias conceptuales acerca del origen etiológico de la depresión tenemos con ellos numerosos puntos divergentes que serán expuestos posteriormente en este escrito.

Lo más importante es hacer notar que existen distintas perspectivas acerca del origen de la depresión, muchas de estas aproximaciones han tenido éxito reduciendo la depresión, pero las que han obtenido una mayor eficacia son las que incluyen la corrección de las distorsiones cognitivas^{30 31}, la modificación de patrones de interacción social^{32 33 34 35 36 37} y la experienciación y/o expresión de las emociones.^{38 39 40 41 42 43 44}
⁴⁵ Los terapeutas gestálticos podemos afirmar que la integración de la personalidad, que es el objetivo último de la terapia gestalt, incluye sobradamente todos estos componentes, y esta es precisamente la razón de la eficacia de este modelo sobre los trastornos del estado anímico entre los que se encuentra la depresión en sus distintas manifestaciones^{46 47 48}.

LA DEPRESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA GESTALTICO

Desde una perspectiva Gestáltica la depresión es vista como el producto de un conflicto entre dos segmentos de la personalidad que se han disgregado y polarizado estos dos componentes de la personalidad fueron denominados por Perls^{49 50} como “perro de arriba” y “perro de abajo”. En realidad estos dos componentes representan un conjunto de introyectos y creencias que han sido incorporadas por el paciente probablemente desde su infancia y que por su naturaleza y por provenir de personas que tienen una gran influencia sobre él, como por ejemplo sus padres o quienes hicieron las veces de ellos, han sido incorporadas a la personalidad sin ser cuestionadas en ningún momento. El Perro de Arriba representa una serie de elementos que constituyen una severa conciencia proveniente del afuera que fue introyectada y ahora forma parte de la personalidad del paciente, estos elementos fueron introyectados bajo la presión de emociones como la culpa, la vergüenza y el miedo a ser duramente castigado o a ser abandonado afectivamente y tienen la función de cuidar que la persona haga y piense “lo correcto”, “lo que debe”, y de castigarle con severas autocríticas cuando comete un trasgresión a estas rígidas normas, es una especie de policía punitivo. Por su parte el perro de abajo

encarna una serie de actitudes y creencias utilizadas para manipular a los demás y que hacen ver al paciente como un ser desamparado, inadecuado e incompetente necesitado de la compasión y la protección de los otros y que recibe permanentemente las agresiones del perro de arriba.

De forma inconsciente el paciente deprimido divide su personalidad en estos dos segmentos que manifiestan lo que la persona desea hacer y lo que cree que debe hacer, encarnan la víctima manipuladora y el victimario punitivo. El paciente deprimido interrumpe el contacto con ciertos elementos o personas del campo o entorno, con algunos aspectos de sí mismo o con algunas de las emociones que siente. La forma de interrumpir este contacto es a través de determinadas manipulaciones. Manipula a las personas del entorno y a sí mismo proyectando en los demás las polaridades del perro de arriba y el perro de abajo, la proyección no permite la sensación y expresión de las emociones que estas partes disgregadas de la personalidad le generan por lo que la gestalt nunca concluye y el conflicto permanece sin resolver.

El Campo Organismo-Entorno

La concepción del hombre propia de la psicoterapia Gestalt plantea que los seres humanos, como todos los seres vivos son organismos indisolublemente ligados al medio ambiente en el que viven y se desarrollan. Como plantea el gestaltista francés Jean-Marie Robine⁵¹ no podemos referirnos al hombre sin referirnos al aire que respira o a la gravedad que lo mantiene unido al suelo, ni a una persona irascible sin estar implícitamente aludiendo a los obstáculos que encuentra en su camino. Los seres humanos somos entonces campos organismo-entorno, unidades de influencia y transformación permanente ligadas en forma interdependiente al ambiente, en las que se da origen a determinados tipos de experiencias desde la satisfacción de las necesidades básicas, hasta funciones complejas del cerebro como el aprendizaje, la mente, el self, la salud y la enfermedad. En la frontera de contacto entre el organismo y su entorno ocurre el proceso de autorregulación orgánica, si este tiene lugar en forma eficiente el sujeto da satisfacción a sus necesidades, completa su Gestalt, si la autorregulación orgánica es interrumpida por la aparición de alguno de los mecanismos de resistencia al contacto tendrán lugar diferentes patologías, entre ellas la depresión.

Esta noción del ser humano como campo tiene sus orígenes en los trabajos del psicólogo Kurt Lewin quien desarrolló la *teoría del campo* a partir de las teorizaciones de los físicos Michael Faraday y James Maxwell quienes describieron el comportamiento de los campos electromagnéticos⁵². Lewin encontró muy útiles algunos aspectos de esta teoría física para describir el comportamiento de los seres humanos en relación con su medio ambiente.

La depresión tiene lugar por una interrupción o un bloqueo de la autorregulación orgánica en el límite de contacto entre el organismo y su entorno los cuales forman parte de un campo unificado de influencia mutua.

La Depresión en el Ciclo de Autorregulación-Organísmica

Para poder comprender la dinámica por medio de la cual aparece, se expresa y se trata la depresión según el modelo gestáltico es preciso hacer referencia al ciclo de autorregulación organísmica. Se trata de una secuencia de eventos que se suceden cuando el individuo intenta dar satisfacción a sus necesidades o deseos. La psicoterapia Gestalt estudia y aborda el contacto, es decir, las complejas relaciones que se dan en la frontera entre el organismo y su entorno, todo contacto es un proceso de autorregulación organísmica, es decir una ajuste entre el organismo y el entorno. En este proceso surge la experiencia que es el proceso de hacer en el campo y con el campo, y luego retirarse del contacto con este en la frontera que une y separa al organismo y su entorno. La energía responsable de la experiencia es la excitación. La excitación hace que la experiencia fluya por el ciclo de autorregulación. Este fluir puede encontrarse dificultado por eventos de la vida pretérita o actual del individuo que generan emociones y acarrear bloqueos en el flujo de excitación a través del ciclo de la experiencia. Algunos de estos bloqueos que interrumpen el contacto son responsables de la depresión.

La forma en que el ser humano tiende a resolver sus necesidades desde las más simples como una necesidad fisiológica hasta las más complejas, un deseo, una atracción, un instinto, una emoción o una situación inconclusa requiere que se moviliza una energía que conocemos como excitación a través de una serie de etapas que conforman el ciclo de autorregulación. Utilizaré como ejemplo la resolución de una necesidad fisiológica como la sed y ustedes sabrán que esto mismo puede ocurrir con la satisfacción del deseo sexual, con el tratamiento de una fobia a las alturas, la elaboración de un duelo por la pérdida de un ser querido o el surgimiento y tratamiento de la depresión, naturalmente cada uno con sus peculiaridades y complejidades. Una persona en situación de reposo o tal vez ocupada en otras actividades como leer un libro o tener una conversación de negocios percibe como surge una necesidad, inicialmente es solo una sensación confusa, imprecisa, indefinida pero que atrae la atención y perturba el reposo o la otra actividad, esa es la fase de la *sensación*.

Sensación: Surge, emerge gradual o súbitamente una figura que se destaca del fondo indiferenciado. Esta figura puede ser un impulso periódico que exige una satisfacción de una parte del ambiente como el hambre la sed o el deseo sexual; o tal vez una tensión no periódica relacionada mas interiormente con el cuerpo como un malestar digestivo o un dolor de muelas; también una necesidad emocional como el amor o trastornos ocasionados por modificaciones en el entorno como las pérdidas afectivas o los problemas laborales, quizás reajustes fisiológicos en respuesta a cambios en el campo organismo-entorno que van desde variaciones de temperatura hasta la recuperación de un accidente cerebro vascular.

La sensación se hace más precisa y definida y es identificada por el individuo, enteramente en la etapa del *darse cuenta* como sed, entonces es reconocida como una necesidad propia perteneciente al organismo.

Darse Cuenta: La figura que emerge se vuelve el punto focal de interés en la experiencia consciente del individuo en el aquí y ahora. Se caracteriza por una intensa experiencia sensorial, volitiva, conductual, emocional y cognitiva y por una fuerte sensación de pertenencia, ya no es un deseo, sensación o necesidad, es mi deseo, mi sensación o mi necesidad.

Esta necesidad y la perturbación que genera diferencian en el sujeto un monto de excitación que será orientada a la satisfacción de la necesidad, es la etapa de *movilización de energía*, en la que el sujeto define la estrategia y moviliza los elementos volitivos que necesita para satisfacer la sed.

Movilización de energía: La excitación activa los recursos del self, las necesidades que están completamente definidas generan energía volitiva e imágenes de posibilidades de satisfacción, se activa el sistema motor y los sentidos se abren a la información del entorno en busca de las posibilidades que existen en este para la satisfacción de los deseos o necesidades.

La energía movilizada se transforma en *acción*, se seleccionan los recursos del medio que se consideran más adecuados para satisfacer la necesidad y el sujeto se moviliza hacia ellos. En este momento el sujeto se levanta y se dirige a la fuente de agua potable más cercana.

Acción: Se elige e implementa la acción apropiada, se organiza la actividad perceptiva, conductual y emocional, se evalúan los obstáculos y se emprende la acción que ha de ser responsable de resolver la tensión generada por la necesidad.

El Organismo se pone en *contacto* con los elementos del campo que el eligió como los adecuados para dar satisfacción a la necesidad, la sed en este ejemplo, entonces toma el agua que vertió en el vaso y la ingiere

Contacto: Nuestras funciones sensoriales y motoras facilitan el contacto con los elementos ambientales del campo ya sean estos objetos o personas, o con los elementos personales del campo como las memorias, imágenes u otros aspectos del self para satisfacer la necesidad. Todo contacto tiene lugar en el límite entre el self y el ambiente.

Luego de la fase del contacto ocurre el *contacto final*, el momento en que el sujeto se apropia del o los elementos del campo que satisfacen la necesidad específica, el agua es asimilada satisfaciendo la sed.

Contacto Final: Una parte del entorno ha sido incorporada al self con lo que tanto el self como el ambiente son transformados generando una perturbación momentánea en el campo organismo-entorno que resulta modificado. Por unos momentos la figura se convierte en la única gestalt en la existencia, se une percepción, movimiento y emoción en una experiencia expresada intensamente en el cuerpo ya sea de satisfacción, de alegría, de tristeza o de clímax sexual.

Luego ocurre la etapa de *satisfacción* en que el sujeto se desprende del campo con el elemento incorporado y asimila la experiencia. La sed ha desaparecido.

Satisfacción: Se caracteriza por una sensación de satisfacción y alivio por la desaparición de la tensión, reflexión sobre la importancia de los recursos implementados, aprendizaje y asimilación de la experiencia. La excitación llega a su final y la figura se debilita. El self y el entorno tienen ahora una nueva configuración han sido transformados.

El sujeto satisfecho se *retira* entra de nuevo en la etapa de reposo o de *vacío fértil* en espera de la próxima necesidad.

Retirada: Desaparece la figura, se acaba la excitación, el individuo se encuentra a la espera del surgimiento de una nueva figura o de la actualización de una que se encuentra en espera.

Entre cada uno de estos pasos de la secuencia pueden ocurrir los bloqueos ocasionados por los distintos mecanismos de resistencia y como mencioné algunos de ellos pueden conducir a la aparición de un trastorno depresivo.

La observación y la experiencia clínica nos han demostrado que las distintas patologías mentales interrumpen u obstaculizan el fluir de la excitación o energía a través del ciclo de autorregulación orgánica (también conocido como ciclo de la gestalt o ciclo de la experiencia). Varios autores han tratado de encontrar una correlación inequívoca entre el momento específico del ciclo en que el flujo de excitación es interrumpido y las distintas patologías y aun más entre las patologías y el mecanismo por medio del cual ocurre la interrupción, también se ha pretendido, vincular los mecanismos de resistencia a momentos concretos del ciclo de autorregulación^{53 54}. Estos intentos han dado unas pocas coincidencias y numerosas discordancias. Sin embargo lo que resulta fenomenológicamente evidente es que existe una relación entre las interrupciones y las patologías y, desde el punto de vista clínico, ha sido sobradamente demostrado que las técnicas que restablecen el fluir de la energía a través del ciclo y que ayudan al paciente a eliminar los mecanismos de resistencia al contacto asociados a la interrupción producen la mejoría o la desaparición del cuadro patológico en forma transitoria o permanente. El cuadro patológico está también relacionado con el mecanismo de resistencia utilizado para propiciar la interrupción.

La depresión grave, según las hipótesis de concordancia, debería consistir en una interrupción entre la retirada y la nueva sensación por medio del mecanismo de la represión o entre la movilización de energía y la acción por medio de la retroflexión⁵⁵. Sin embargo, la realidad es más compleja y menos ideal de lo que estos autores ha vislumbrado. Como señalan los gestaltistas franceses Anne y Serge Ginger⁵⁶ y la británica Petruska Clarkson⁵⁷, la experiencia permite constatar que la mayor parte de los mecanismos de evitación (introyección, proyección, retroflexión, confluencia, etc.) suelen aparecer en distintos momentos del ciclo de autorregulación orgánica. Y también se ha hecho evidente que una patología puede estar determinada por varios mecanismos de resistencia que ejercen su efecto en varios momentos del ciclo.

La depresión puede ser tan profunda que el sujeto ve entorpecida su capacidad de tener experiencias de si mismo y del entorno, se aísla en su cama, duerme prolongadamente y pierde la capacidad de sentir placer por cosas que antes le agradaban, llegando incluso a no percibir las señales de hambre que su cuerpo le envía; en esta situación el mecanismo de resistencia o evitación que conocemos como desensibilización esta interrumpiendo la sensación que es el primer paso del ciclo de autorregulación. En otras ocasiones la deflexión, mecanismo mediante el cual se evita el contacto directo con las experiencias propias o del entorno interrumpe el pleno darse cuenta, el paciente puede en ese caso decir frases como “esta bien me quede huérfano, pero que es en realidad eso de orfandad uno nace solo y siempre esta solo” de esta forma no establece un contacto pleno con el dolor de la perdida aunque es capaz de percibir su presencia. Otros pacientes logran un adecuado darse cuenta de la perdida y del dolor que esta ocasiona, pero son incapaces de movilizar sus energías para establecer un contacto con los recursos del medio, en estas situaciones es común que algunas creencias introyectadas impidan la movilización de energía o el contacto con el entorno que hace falta para la resolución de la gestalt, se les oye decir “...si me duele mucho que me haya dejado pero no voy a hablar con ella para arreglar nada, si me humillo es peor”. El contacto también puede estar interrumpido por la retroflexión de emociones como la rabia, entonces el paciente comienza a hacerse a si mismo lo que desearía hacer a los demás e inicia una serie de autorecriminaciones e incluso a agredirse físicamente de diversas maneras. Como se ve la depresión puede estar mediada por interrupciones del ciclo de la experiencia en distintos momentos y por distintos mecanismos de evitación.

ASPECTOS DISTINTIVOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

Aspectos Generales

La psicoterapia gestalt tiene algunas características que la diferencian de los otros modelos psicoterapéuticos y en las cuales reside una buena parte de su eficacia. Existen ciertos aspectos fundamentales que sumados la hacen muy diferente de los otros modelos. En primer lugar se le da mucha mas importancia a la vivencia fenomenológica de la experiencia subjetiva, es decir a lo que el paciente experimenta en una situación dada y a como lo experimenta; en el contexto psicoterapéutico se hace énfasis en las sensaciones corporales, los gestos, las posturas, los rasgos faciales, el rubor, los temblores involuntarios, etcétera. El discurso verbal y la comprensión intelectual, si bien son

también considerados tienen un lugar menos relevante que las sensaciones, las emociones y la forma en que estos se manifiestan; entendemos que la experiencia es la principal vía de aprendizaje y también del cambio.

El segundo aspecto consiste en trabajar en tiempo presente, con la experiencia del paciente en el “aquí y ahora”. No significa esto que se niega la relevancia del pasado en la génesis de las patologías o en las tendencias del paciente a actuar de una u otra manera ante sus conflictos; sino que se considera que los eventos pasados, como los recuerdos o los asuntos inconclusos y toda situación futura como un temor o una expectativa, repercuten en el momento presente del sujeto generando emociones, pensamientos o voliciones que han de ser abordadas en su significado vigente en el proceso terapéutico actual.

La psicoterapia gestalt toma al hombre en forma holística, como una unidad integrada, no creemos que haya diferencias entre psique y soma, entre mente y cuerpo. El ser humano está insertado a su entorno en forma estrecha e interrelacionada, por lo tanto no pensamos que la distinción entre enfermedades de la mente y enfermedades del cuerpo tenga sentido alguno, al igual que la distinción entre trastornos orgánicos y funcionales o depresiones endógenas y exógenas. Estas distinciones están sustentadas en una visión estrecha, restringida por los dogmas teóricos o por la falta de información proveniente de las limitaciones de los métodos diagnósticos. El ser humano se desequilibra, se desorganiza en forma global, como una totalidad en donde lo que ocurre en el plano emocional afecta al cuerpo y viceversa.

Los seres vivos son organismos autorregulados en los que la homeostasis cumple una serie infinita de acciones desde detener una hemorragia en una herida, hasta elaborar el duelo por una pérdida afectiva. El mecanismo psicológico de homeostasis es conocido en psicoterapia Gestalt como autorregulación orgánica. Esta consiste en que todo ser vivo tiende a vincularse con su entorno de la manera más armónica que le es permitida, realiza con su entorno un ajuste creativo que le lleva a dar la mejor satisfacción posible a sus necesidades. En una concepción como esta los síntomas y las entidades nosológicas no pueden ser considerados más que como intentos fallidos de autorregulación, o lo que es igual formas poco adaptativas de interrelacionarse con el entorno para resolver sus deseos y necesidades. De esto se sigue que el trabajo terapéutico no consiste en luchar contra los trastornos o extirpar las enfermedades, sino ayudar a los pacientes a aumentar sus recursos y potencialidades para que encuentren por sí mismos la vía hacia la libertad, la autodeterminación y la salud.

La psicoterapia Gestalt tal como fue planteada por Yontef⁵⁸ es una relación dialógico-existencial, sustentada en la particular forma de comunicación que caracteriza el diálogo gestáltico y respaldada por los planteamientos de la relación yo-tu de Buber⁵⁹. Este modelo de relación defiende que en la situación terapéutica hay varias personas (pacientes y terapeuta) que tienen la misma importancia y diferentes funciones, y que ambos son responsables del desarrollo del proceso y generadores de la nueva experiencia de la realidad que se ha dado en llamar salud.

Y por ultimo en psicoterapia gestalt se da gran importancia al cuerpo del paciente, el cuerpo expresa emociones, transmite importantes informaciones sobre el individuo su personalidad y sus trastornos y es además un importante vehiculo para la integración de los aspectos disgregados de la personalidad.

Sobre la Naturaleza de las Emociones

Lo mencionado bajo el titulo anterior tiene como consecuencia que los gestaltistas tengamos una forma particular de entender las emociones. En la literatura psicológica clásica relacionada con las emociones ha predominado un enfoque acerca de la pena y la tristeza, que ha hecho un enorme énfasis sobre las perdidas y separaciones significativas para explicar la aparición de los sentimientos de tristeza y duelo. Sin embargo, las separaciones y perdidas forman parte de la experiencia diaria de toda persona, experimentamos perdidas todos los días y en muchas situaciones sin percatarnos de ello. El envejecimiento, el crecimiento de nuestros hijos, el desarrollo de nuestras relaciones interpersonales que nos hace pasar de una etapa a otra perdiendo gran parte de lo que se relaciona con la anterior, los cambios laborales, académicos, familiares y la multitud e cambios que acontecen en nuestro entorno. Todas ellas representan una cantidad de perdidas, gestalts que se destruyen para dar cabida a la formación de otras. Todo cambio significa la destrucción de nuestro campo organismo-entorno para permitir la formación de otro diferente dándonos la oportunidad de evolucionar y perfeccionarnos. Nos casamos, nos separamos, nacen nuestros hijos y luego crecen y se van, cambiamos de trabajo, se mudan nuestros amigos y hacemos amigos nuevos, envejecemos, mueren nuestros padres y nada para de cambiar.

La tristeza es una emoción inherente a la ocurrencia de las perdidas ya sean estas trascendentales o cotidianas, es decir que la tristeza es inherente a la ocurrencia de los cambios, del proceso de formación y destrucción de gestalts. Cuando no son aceptados los momentos de pena y tristeza, cuando se hace un habito evadirlos, se inicia un mecanismo de retroflexión que lleva hacia la depresión en vez de al duelo fisiológico.

Vivimos en una sociedad hedonista y triunfalista que favorece la iniciación y descalifica las perdidas. Muchísimas personas se sienten avergonzadas de situaciones que son naturales en la existencia humana. Jubilarse, envejecer, divorciarse, la partida de los hijos, la menopausia, los fracasos, etcétera han dejado de ser oportunidades para aprender o pasajes de un estado vital a otro y se han convertido en motivos de bochorno que las personas desean ocultar. Cuando se privilegia la formación de gestalts sobre la destrucción de estas, se vive en el futuro sin asumir el presente ni completar el pasado. Las personas dejan de completar sus gestalts en forma evasiva. La consecuencia es la acumulación de finales inconclusos. Y los finales inconclusos conducen inevitablemente a los comienzos distorsionados que van llenando de neurosis la existencia de estos sujetos.

Algunas importantes conclusiones han de ser enunciadas a cerca de la naturaleza de las emociones para orientar adecuadamente el trabajo de los trastornos depresivos a la luz de los conocimientos de la psicoterapia Gestalt. En primer lugar. Las emociones no son positivas ni negativas o destructivas, no buenas ni malas como se ha sostenido tan

ampliamente; la mayoría de nuestras emociones forman parte de la carga genética con que venimos al mundo y están al servicio de los mecanismos de supervivencia, en tal sentido son útiles, lo que puede ser calificado como bueno o malo es lo que hacemos con ellas, pero estos son nuestros actos no nuestras emociones. En segundo lugar las emociones tienen finalidad y sentido, son útiles para algo, la rabia prepara nuestro cuerpo para la pelea; el miedo dispara una serie de mecanismos fisiológicos que facilitan una rápida huida; el amor es el responsable de que se establezcan nexos afectivos para asegurar la supervivencia de la descendencia y la tristeza proporciona el pensamiento reiterativo y el recogimiento suficiente como para reflexionar sobre las causas que la originaron y bastante malestar como para que provoque aprender a hacer algo útil con tales reflexiones; las emociones surgen en nosotros como un efecto ante los acontecimientos del entorno, un efecto que genera una serie de comportamientos más rápidos que el pensamiento mismo, en circunstancias donde la reflexión puede ser lenta y contraproducente; cuando los humanistas dicen que el hombre es más sabio que su intelecto, se refieren a que hay decisiones que tomamos en las que es necesario manejar más información que la que nos aporta nuestra parte consciente, es ahí donde intervienen las emociones, cuándo, cómo y de quién huimos, a quién atacamos o de quién nos enamoramos, son decisiones no conscientes en las que intervienen activamente las emociones. Por otra parte es importante recordar que las emociones no pueden ser controladas o reprimidas, lo que controlamos o reprimimos es la conciencia o la expresión de la emoción; el control de la expresión emocional es una forma de interrupción en el ciclo de la experiencia y una manera de no asumir la responsabilidad de ciertas acciones. Un aspecto muy importante para la psicoterapia Gestalt es que las personas pueden aprender a expresar sus emociones de forma constructiva y que esto es lo más adecuado que se puede hacer con ellas ya que la catarsis no elimina ni drena la emoción.

LA FINALIDAD DE LA DEPRESIÓN

En el apartado anterior mencione cual es la finalidad de la tristeza, ahora haré lo mismo en relación a la depresión haciendo la aclaratoria de que no se trata del mismo fenómeno. La tristeza es una emoción sana, funcional mientras que la depresión es la tristeza disfuncional y su finalidad dista mucho de ayudarnos o protegernos aunque la realidad es que tiene esa intención.

La Depresión Como Forma de Manipular las Relaciones Interpersonales

La depresión suele, en muchas ocasiones, ser un intento de manejar asuntos interpersonales con las relaciones que resultan significativas para el paciente. Usualmente con los familiares cercanos. Con sus síntomas la persona obtiene poder sobre la familia, consigue que todo gire alrededor de su depresión, obtiene la centralidad y relevancia que pudo haber perdido o no sabe obtener de otra forma. Otra dinámica frecuente en la familia es que un miembro se deprime para evitar que sea otro el que se derrumbe, llevándolo a una posición fuerte ya que este tendría que encargarse de cuidarle.

La Depresión Como Forma de Lealtad Hacia los Vínculos Significativos.

Una observación frecuente en pacientes deprimidos es la relación entre la depresión y algunos eventos muy traumáticos sufridos por personas muy cercanas como por ejemplo la violación de algún familiar, algún accidente o enfermedad que haya causado la invalidez de alguno de ellos, suicidios de los padres o hermanos, madres que mueren durante el parto del paciente, familiares que mueren de muertes prematuras o impactantes, etcétera. En este caso los pacientes que han sobrevivido a sus seres queridos intentan reparar tales pérdidas ofreciendo su salud, su felicidad o su vida en sacrificio, al deprimirse hacen una reparación inconsciente, renuncian a aquello que los otros no podrán alcanzar.

La Depresión Como Forma de Autoagresión.

Se trata del mecanismo de defensa planteado en psicoanálisis como la agresión vuelta contra el yo, y que se conoce como retroflexión en psicoterapia Gestalt. En determinadas situaciones las personas se confrontan con la impotencia y no pueden exteriorizar malestar, en otras ocasiones sienten rabia hacia algo o alguien y en vez de expresarla la reprimen. En tales casos es común que la rabia que no se actúa se vuelva contra el paciente en forma de autoagresión. El self se divide en una parte agresora y una agredida y la persona inicia las interminables acusaciones y descalificaciones hacia si mismo que son características de los trastornos depresivos.

Para los psicoterapeutas Gestálticos la depresión es una forma de comunicación que nos dice algo sobre como el paciente estructura su realidad, una manera y una consecuencia de interrumpir el contacto y mas que una enfermedad, es la mejor manera que una persona tiene de adaptarse a sus circunstancias. Si dispusiese de una forma mas adecuada la utilizaría.

EL PATRÓN DE LA DEPRESION Y LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Ann Clark publicó en el año 1982 un artículo en el que exponía sus observaciones a cerca del trabajo psicoterapéutico con pacientes deprimidos, en el planteaba que la tristeza tenía una especie de patrón y que se sucedía en tres etapas o fases: la fase de retirada, la de respuesta emocional y la de aceptación existencial, estas tres fases tienen características diferentes e implican también que el trabajo del terapeuta y el tipo de aproximación que realiza hacia sus pacientes deprimidos ha de ser diferente en cada uno de estos tres distintos momentos.

La Fase de Retirada

Se trata de la primera etapa de la depresión cuando la persona toma conciencia de que un cambio inminente o inevitable está próximo, este es un momento de parálisis la persona permanece en un estado de apatía y abulia es incapaz de tomar decisiones adecuadas o quizás incapaz de tomar ninguna decisión, el presente se le hace extremadamente difícil de contactar y no se siente con capacidad de influir sobre el, la autorregulación orgánica fracasa y el individuo se retira del campo hacia el self, el límite de contacto organismo entorno se engrosa en forma defensiva. El paciente se retira, interrumpe el contacto

Esto no siempre tiene un significado negativo, en ocasiones esta retirada es una manera de hacer mas lento el impacto de los cambios para poder asimilarlos en forma progresiva, para que los recursos que en ese momento pueden ser escasos o poco adecuados para el reto que se enfrenta no se vean abrumados.

En esta circunstancia insistir en que el paciente encare la realidad o insistir en el darse cuenta puede ser muy inadecuado, podemos hacer que los recursos de esta persona que se encuentra en un momento de gran vulnerabilidad colapsen dejándole aun mas indefenso. Es el momento de observar, de confiar en la autorregulación del paciente, le acompañamos dejando que se percate de lo que sea capaz de percatarse. La mejor aproximación terapéutica en el periodo de retirada puede ser esperar tal retirada, explorar los mecanismos de resistencia sin luchar contra ellos. Esta resistencia a aceptar el cambio es la expresión de la voluntad de vivir el self se aferra a una forma de existir que esta amenazada por el cambio.

La resistencia a aceptar el cambio es la afirmación de la vida (Ann Clark 82)⁶⁰

Mas adelante en esta etapa cuando haya pasado el momento inicial en que los recursos del paciente se encuentran sobrepasados por el impacto del cambio el terapeuta intentara fomentar algunas acciones concretas que pongan al paciente en condiciones de iniciar la exploración del campo organismo-entorno y de los recursos que en este puedan existir para abordar la situación y, si es posible, propiciar la exploración de tales recursos en el contexto terapéutico. Este es el momento de construir junto con el paciente un puente desde la retirada defensiva hacia el proceso de duelo. El trabajo terapéutico durante esta etapa consiste entonces en darle tiempo al componente curativo del aislamiento en primer lugar, luego animar al individuo a realizar actividades menos aisladas y que sean significativas en el sentido de acercar al paciente hacia el contacto, y durante todo el proceso mantenerse conectado con la persona en aislamiento. Para ello el terapeuta ha de hacer uso de ciertos recursos personales tales como la sensibilidad, el sentido de la oportunidad y del tiempo y una muy eficiente capacidad de contacto personal. Como dice Ann Clark el terapeuta debe notar el balance entre la energía pasiva de la retirada y la energía activa que indica la llegada de la fase de respuesta emocional. El final de esta etapa esta marcado por el cambio, por la aceptación de la pérdida y por la exploración del campo organismo-entorno para poder superarla. El final del aislamiento es el inicio del duelo.

La Fase de Respuesta Emocional

Estamos ante personas que ha perdido de una parte de su vida significa, lo que equivale a decir que han perdido una parte del self. Se sienten incompletos y abrumados por emociones muy intensas. Es común que con la depresión se asocie la tristeza y que esta sea la emoción más frecuentemente abordada en la psicoterapia, pero existen otras emociones que agobian al paciente durante todo el proceso que no han de ser desatendidas por el terapeuta e ningún momento. El miedo al futuro acompaña casi permanentemente a quienes han tenido pérdidas significativas, un miedo que puede llegar a inhibir la experimentación y dificulta todo tipo de contacto desde el contacto con el

medio hasta el contacto con sus propias emociones y recursos. El terapeuta ha de generar confianza y propiciar que el paciente recupere la seguridad en si mismo ayudándole a contactar con los recursos del campo organismo-entorno. Todo esto ha de ser hecho sin presionar al paciente y sin perder de vista que el miedo no es un enemigo, más bien es una fuente de cautela y prudencia que el paciente puede necesitar mucho en este estado de vulnerabilidad.

Otra emoción frecuente e intensa en esta fase es la rabia. A diferencia de lo que ocurre con el miedo que se encuentra disperso en distintos grados y matices durante todo el periodo, la rabia suele ser episódica y alternarse con la tristeza en forma polar. Podría decirse que rabia y el pesar que son la respuesta emocional del contacto y la retirada. El pesar expresa la profunda infelicidad de la pérdida, la disolución de la parte del self que se ha ido y la rabia expresa la frustración e impotencia ante la pérdida inevitable pero también guía al individuo hacia la nueva actividad y los nuevos compromisos.⁶¹

Ann Clark plantea que existen tres áreas en las que se manifiesta esta polaridad de rabia y tristeza. La primera esta relacionada con las gestalts inconclusas de la historia del individuo, las pérdidas recientes se añaden a la carga de aflicción que provienen de heridas o pérdidas anteriores que pueden pertenecer desde a etapas muy tempranas de la vida hasta etapas muy recientes, las defensas psicológicas del individuo disminuidas por estos asuntos inconclusos permiten la sumatoria de esta carga de aflicción haciendo que el cuadro actual resulte mucho mas dramático, o que una pérdida que podría haber ocasionado tan solo un periodo de duelo no patológico se transforme en una depresión profunda. La segunda área es la de las otras experiencias inmediatas distintas a la pérdida en las que hay conflictos emocionales, se trata de relaciones importantes y conflictivas que se hacen figura durante los periodos de pérdida severa debido a que la superficie de contacto del individuo con los otros de su entorno se encuentra perturbada por la retirada anterior o por el manejo inadecuado de la rabia o por miedo a perder en ese momento otras relaciones que le son significativas, la persona deprimida puede proyectar la rabia de la pérdida sobre sus seres queridos o tornarse en exceso demandante ante el temor a perderlos. Por ultimo encontramos el área existencial donde la rabia y la tristeza se alternan puesto que las pérdidas y los cambios hacen que la persona sea deslazada fuera de sus zonas de seguridad. La rabia suele ir dirigida a instancias impersonales como Dios, la vida o el Universo, la tristeza esta fuertemente ligada al conocimiento de que nuestra vida nunca volverá a ser igual, las pérdidas nos obligan a replantearnos quienes somos, cual es el sentido de la vida o para que sirve nuestra existencia, en ese momento nos confronta lo desconocido y no tenemos poder para controlarlo.

La adecuada aproximación terapéutica en el periodo de respuesta emocional es crucial ya que de este depende la resolución de la depresión que tendrá lugar en la etapa siguiente. Las depresiones crónicas y recidivantes, la resistencia al tratamiento y las recaídas suelen ser fijaciones en esta etapa que hacen que el paciente se cierre en un círculo vicioso de rabia y tristeza recurrente. El trabajo terapéutico va a consistir en guiar al paciente en un proceso en que primero ha de llegar a darse cuenta de las distintas emociones que le están embargando, va a diferenciar la rabia y la tristeza de las otras respuestas emocionales de la aflicción; también tiene que ser capaz de distinguir entre las

emociones desatadas por las gestalt inconclusas, las ocasionadas por los conflictos presentes y aquellas debidas a sus inseguridades y dilemas existenciales. El terapeuta ha de ser capaz de dar soporte a las expresiones emocionales desde el llanto, al malhumor e incluso a la ira explosiva, también al miedo irracional que suele aparecer en este periodo ya, que durante las experiencias profundas de descarga emocional se pierden los límites entre el yo y el entorno y el paciente se asusta ante la posibilidad de perder el control de sus emociones "...no quiero llorar porque si comienzo a hacerlo no voy a parar nunca" suelen decir. Es importante insistir en que la labor del terapeuta no es forzar situación alguna, se permite, facilita y apoya la expresión de las emociones pero no se fuerza de ninguna manera. Es muy importante ayudar a la elaboración de emociones como el miedo, la vergüenza, la culpa, la desesperanza, la envidia, la frustración y muchos otros componentes emocionales que se hacen presentes en este periodo. La culpa merece una atención especial ya que es extraordinariamente común que los pacientes deprimidos se atribuyan la responsabilidad de sus pérdidas, y la culpa se encuentra inconscientemente ligada con la noción del castigo y de la penitencia y esto puede dar lugar a intentos de castigarse a través de autoagresiones retroflexivas que en necesario evitar. En este periodo el terapeuta ha de tener la capacidad de tolerar la respuesta emocional sin forzarla y sin sentir angustia ante la violencia de la expresión. Un frecuente error de los terapeutas en este periodo es intentar suprimir, desviar o amortizar el impacto de la descarga emocional. Esta fase finaliza con la desaparición del llanto y la rabia.

La Fase de Aceptación Existencial

En este momento la persona realiza una reevaluación de su vida a la luz de los acontecimientos por los que ha atravesado. Lo que se inicio como una respuesta emocional comienza a integrarse con los componentes cognitivos de esa experiencia y de otras anteriores. El paciente cuenta su historia repetidamente reviviendo la pérdida reiteradamente, y en cada nueva ocasión va asignando y reasignando un significado a la experiencia hasta que el resultado le parece adecuado desde el punto de vista emocional y cognitivo, entonces surge la comprensión y el aprendizaje que hacen que la experiencia cobre sentido y se constituya en una experiencia presente capaz de reasegurar y definir el futuro. La rabia y la tristeza existencial son integradas con las experiencias cognitivas haciendo que el paciente explore su responsabilidad en los hechos, las preguntas ¿por qué me pasó esto a mí? y ¿por qué me pasó justo ahora? son mas que una queja, son un contacto intenso con los errores, imprudencias e incompetencias del pasado, estas preguntas demandan ahora una respuesta coherente que se constituya en una herramienta para precaverse en el futuro. Se inicia una fase dramática y emotiva de negociación con la existencia, con Dios y consigo mismo, surgen propuestas congruentes para enfrentar situaciones similares y se exploran las alternativas en una forma casi obsesiva "Si yo hubiese hecho..." "Si yo hubiese dicho..." encabezan una multitud de propuestas alternativas. Estas proposiciones representan un fuerte compromiso de cambio. La desesperanza ocasionada por la experiencia de pérdida actual y por las anteriores gracias a las intervenciones terapéuticas comienza a dar paso a la aceptación y al aprendizaje, se restituye la integridad del self. La integración de las polaridades debilidad/fuerza, culpa/responsabilidad, virtudes/defectos, eficiencia/ineptitud confieren congruencia al self y esta se manifiesta por una interacción eficiente de los componentes cognitivos,

emocionales y conductuales de la existencia del individuo. Pero al mismo tiempo la persona aprende a manejarse en un mundo en que existen la incertidumbre y la ambigüedad

En este periodo el terapeuta ha de tener una parte muy activa en la integración de las polaridades y en la utilización de las técnicas supresivas para detener los intentos de interrumpir el creciente contacto del individuo y los recursos del campo organismo-entorno. Si el terapeuta se cohíbe ante la intensidad de algunas expresiones emocionales o ante el dramatismo de algunas construcciones cognitivas puede obstaculizar el surgimiento de la aceptación obteniendo solo una actitud de triste resignación. El psicoterapeuta no explica, no consuela, se aboca aguda y concientemente a propiciar la experiencia integradora de la pérdida.⁶²

Técnicas Usadas en Psicoterapia Gestalt

Quizás la mas conocida sistematización de las técnicas de intervención utilizadas en psicoterapia Gestalt es la que realizó Claudio Naranjo⁶³. Estas técnicas pretenden desarrollar en el paciente una triple actitud que consiste de una capacidad para hacerse conciente la experiencia personal, una capacidad de vivir en el presente y la habilidad de hacerse cargo de las propias responsabilidades sin incurrir en juegos y manipulaciones. Las técnicas Gestálticas se agrupan en tres categorías

Las expresivas que consisten en solicitar al paciente que repita un gesto, una postura corporal, un movimiento o una exclamación o que los exagere con la intención de que el paciente entre en contacto con alguna emoción reprimida, o con una creencia oculta.

Las técnicas supresivas que tienen como finalidad conducir al paciente a asumir la responsabilidad de su existencia, a través de mejorar la manera en que expresa los hechos que realiza y las emociones y pensamientos que alberga; para ello se anima al paciente a suprimir una serie de expresiones verbales con que pretende hacer recaer fuera de él la carga de lo que le acontece, preferimos que los pacientes hablen con quien tienen dificultades a que hablen acerca de ellos, aunque deba hacerse a través de la estrategia de la silla vacía, no es importante la anécdota, sino la emoción y los impulsos que se mueven con la comunicación directa persona a persona. Por otra parte, cuando alguien habla acerca de lo que le ocurre tiende a hacer juicios, a intentar explicaciones intelectualizando y alejándose de los sentimientos que esto le produce. Esto es lo que en gestalt se conoce como el juego científico. También se anima a los pacientes a evitar los clichés, como “me siento bien”, para que mencionen la emoción que sienten, “estoy contento” o “me siento tranquilo, calmado” resultan mucho más expresivos y ayudan a las personas a explorarse en busca de sus emociones. Se evitan las explicaciones diagnósticas y también los juegos filosóficos. Los “debeísmos”, o juegos religiosos, son también rechazados en el modelo de comunicación gestáltico, ya que sirven predominantemente para manipular, incitando en los demás la aparición de emociones como la lástima y la culpa. “Yo debo” o “tengo que”, son cambiados por “quiero” o “prefiero”. Las personas toman más decisiones de las

que en realidad aceptan tomar y una buena cantidad de veces pretenden responsabilizar a los otros, o a las circunstancias, por las decisiones que toman.

Las técnicas de integración de los elementos disgregados de la personalidad, pretenden integrar estos componentes de la personalidad que se han polarizado o que nunca se fusionaron, se hace a través de una estrategia que es una de las piedras angulares de la psicoterapia gestalt, es una de las más conocidas y exitosas herramientas de integración: la llamada silla vacía. Esta es un espacio físico (silla, sillón, cojín, etc.) en el consultorio terapéutico, destinado a acoger las partes disgregadas, las partes opuestas de la personalidad de los pacientes, que actúan como fuerzas antagónicas en una situación específica de la vida de éste. También puede ser ocupado por la representación interna que la persona tiene de aquellos seres reales con quienes interactúa en su vida cotidiana. A través de la silla vacía se lleva a cabo un diálogo entre las partes de la personalidad, surgen negociaciones y se concilian e integran los aspectos dispersos y antagónicos. Los pacientes colocan en la silla frente a sí a la parte con que van a interactuar y se cambian de asiento, actuando todas las partes a modo de una representación teatral cargada de matices emocionales.

En Gestalt también se trabaja con los sueños En la concepción gestáltica los sueños han de ser interpretados por quien los sueña con la asistencia del psicoterapeuta. Cada elemento del sueño representa un segmento de la personalidad del soñante. De manera que si alguien sueña, por ejemplo, que está en una desolada casa conversando con su abuela, cada uno de los elementos de este sueño representará una parte de sí mismo, que le transmite una valiosa información sobre los intentos de su inconsciente de encontrar soluciones a las dificultades, por las que el individuo atraviesa en su vida en vigila, consciente o inconscientemente. En terapia gestalt no se hace una interpretación unilateral de los sueños, contándolos como una historia pasada. Se trata de revivirlos como si fuese un hecho que está aconteciendo en el presente, actuar cada componente, interpretarlos para que cada persona pueda involucrarse en su sueño y reintegrar al todo la parte de la personalidad que los segmentos representan.

A MODO DE CIERRE

La psicoterapia Gestalt no es un invento improvisado, se trata de una corriente fundamentada científicamente con un método, una filosofía y un cuerpo estructurado de investigación que la hace cercana a las ciencias sociales. Heredera del Psicoanálisis, de la Psicología de la Gestalt, de la Psicoterapia Existencial, de la Fenomenología y de la Psicología Humanista entre otras influencias. Tiene años de tradición, experiencia y un cuerpo creciente de investigación que avalan la metodología y los resultados expuestos en el presente trabajo. La Psicoterapia Gestalt se encuentra entre las seis corrientes más eficaces, con más investigación, más profesionales formados a través del mundo y con más demanda por parte de los pacientes.

Este trabajo pretende mostrar como entendemos y como nos ocupamos de una de las patologías que azotan a los seres humanos de este siglo. También como aprendemos de nuestra experiencia y nos desprendemos de los dogmas, para estar en resonancia con

los desafíos que representa velar por el equilibrio, el bienestar y la salud mental de nuestros pacientes y ayudarles a recobrarlos cuando sea necesario.

INDICE

LA EPIDEMIA DEL SIGLO.....	1
AYUDANDO AL DEPRIMIDO: ¿QUE ES EFICAZ?	2
LA DEPRESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA GESTALTICO	4
El Campo Organismo-Entorno	5
La Depresión en el Ciclo de Autorregulación-Organísmica.....	6
ASPECTOS DISTINTIVOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT	9
Sobre la Naturaleza de las Emociones	11
LA FINALIDAD DE LA DEPRESIÓN.....	12
La Depresión Como Forma de Manipular las Relaciones Interpersonales.....	12
La Depresión Como Forma de Lealtad Hacia los Vínculos Significativos.	13
La Depresión Como Forma de Autoagresión.	13
EL PATRÓN DE LA DEPRESION Y LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENO.....	13
La Fase de Retirada.....	13
La Fase de Respuesta Emocional.....	14
La Fase de Aceptación Existencial	16
Técnicas Usadas en Psicoterapia Gestalt	17
A MODO DE CIERRE.....	18

¹ World Health Organization, The World Health Report 1999. <http://www.who.int>

² Pan American Health Organization and World Health Organization: 43rd Directing Council, 53Rd Session of the Regional Committee, Washington, September 2001. http://www.paho.org/english/gov/cd/cd43_15-e.pdf

³ Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(7): 714-719.

⁴ Casacalenda, N., Perry, C., Looper K.: Remission in Major Depressive Disorder: A Comparison of Pharmacotherapy, Psychotherapy, and Control Conditions, *Am J Psychiatry* 159:1354-1360, August 2002

⁵ Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Lloyd-Thomas, A.R.: Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care *BMJ* 1995;310:441-445 (18 February)

⁶ Munoz, R.F., Hollon, S.D., McGrath, E. : On the AHCPR depression in primary care guidelines: further considerations for practitioners. Agency for Health Care Policy and Research. *Am Psychol* 1994;49(1):42-61

⁷ Bockting, C.L., Schene, A.H., Spinhoven, P., Koeter, M.W., Wouters, L.F., Huyser, J., Kamphuis, J.H. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.

⁸ Powers, R.H., Kniesner, T.J.: Psychotherapy and pharmacotherapy in depression. *J Ment Health Policy Econ* - Dec 2002.

⁹ Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G. : Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* - May 2001

¹⁰ Segal, Z., Vincent, P.: Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *J Psychiatry Neurosci* - Jul 2002

¹¹ Lenze, E.J., Dew, M.A., Mazumdar, S.: Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: effects on social adjustment. *Am J Psychiatry* - Mar 2002

¹² Freud, S (1917). *Duelo y Melancolia Obras Completas*, Tomo II, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 4ta Ed. 1981.

¹³ Tyson, G.M. y Range, L.M. Depression: A Comparison Between Gestalt and Other Views, *The Gestalt Journal*, 1981: 4 (1): 57-64

-
- ¹⁴ Chadoff, P. The depressive personality: A critical review. In R. J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, D. C.: Winston & Sons, 1974.
- ¹⁵ Bleichmar, H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Paidós Ibérica, Barcelona, 1.997.
- ¹⁶ Hollitscher, W.: Introducción al psicoanálisis, Editorial Paidós, Buenos Aires, 3ra ed. 1960
- ¹⁷ Tyson, G.M. y Range, L.M. Depression: A Comparison Between Gestalt and Other Views, *The Gestalt Journal*, 1981: 4 (1): 57-64
- ¹⁸ Beck, A. T. The development of depression: A cognitive model. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.) *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, D. C.: Winston & Sons, 1974.
- ¹⁹ Scott, J., Williams, J.M.G., Beck, A.: *Cognitive Therapy in Clinical Practice, An Illustrative Casebook*, Routledge, London 1989
- ²⁰ Seligman, M. E. P. Depression & learned helplessness. In R. J. Friedman and M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary Theory and Research*. Washington, D. C.: Winston & Sons, 1974.
- ²¹ Ferster, C. B. Behavioural approaches to depression. In R. J. Friedman and M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary Theory and Research*. Washington, D. C.: Winston & Sons, 1974.
- ²² Lazarus, A. A. Learning theory and the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 1968, 6, 83-89.
- ²³ Lewinsohn, P. M. A behavioural approach to depression. In R. J. Friedman and M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, D. C.: Winston & Sons, 1974.
- ²⁴ Matthews, C. O. A review of theories of depression and a self regulation model for depression. *Psychotherapy: Theory, research and therapy*, 1977, 14, 79-86.
- ²⁵ Salzman, L. Interpersonal factors in depression. In F. F. Flach & S. C. Draghi (Eds.) *The nature & treatment of depression*. New York: Wiley and sons, 1975.
- ²⁶ Coyne, J. C. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 1976, 39, 28-40.
- ²⁷ Benton, R. F. The structure of the depressive response to stress. *American Journal of Psychiatry*, 1972, 128, 10.
- ²⁸ Perls, F., Baumgardner, P.: *Terapia Gestalt*, Editorial Pax, Mexico, 2003
- ²⁹ De Caso, P.: *Gestalt, Terapia de Autenticidad, La vida y Obra de Fritz Perls*, Editorial Cairós, Barcelona 2003
- ³⁰ RJ DeRubeis et al. Cognitive therapy vs medication in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry* 2005 62: 409-416.
- ³¹ SD Hollon et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medication in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry* 2005 62: 417-422.
- ³² Frank, E., Kupfer, D., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., Mallinger, A.G., McEachran, A.B., Grochocinski, V.J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. Dec:47(12), 1093-9.
- ³³ Barkham, Michael, and Gillian E. Hardy. "Counselling and interpersonal therapies for depression: towards securing an evidence-base." *British Medical Bulletin* 57 (2001): 115-132.
- ³⁴ Frank, Ellen, Ph.D., and Michael E. Thase, M.D. "Natural History and Preventative Treatment of Recurrent Mood Disorders." *Annual Reviews Medicine* 50 (1999): 453-468.
- ³⁵ House, Allan, D. M. "Brief psychodynamic interpersonal therapy after deliberate self-poisoning reduced suicidal ideation and deliberate self-harm." *ACP Journal Club* 136 (January/February 2002): 27.
- ³⁶ Mufson, Laura, Ph.D., and others. "Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents." *Archives of General Psychiatry* 56, no. 6 (June 1999): 573-579.
- ³⁷ Weissman, Myrna M., Ph.D., and John C. Markowitz, M.D. "Interpersonal Psychotherapy: Current Status." *Archives of General Psychiatry* 51, no. 8 (August 1994): 599-606.
- ³⁸ Tyson, G.M. y Range, L.M. Depression: A Comparison Between Gestalt and Other Views, *The Gestalt Journal*, 1981: 4 (1): 57-64
- ³⁹ Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. (2004) *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ⁴⁰ Greenberg, L. (2002). *Emotion-Focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

-
- ⁴¹ Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224.
- ⁴² Beutler, L.E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R.J. Bergan, J., Meredith, J. & Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59,2, 333-340.
- ⁴³ Goldman, R., Greenberg, L.S. & Angus, L. E. (2000). Results of the York II Comparative Study Testing the Effects of Process-Experiential and Client-Centered Therapy for Depression. Vortrag gehalten auf dem: 31st Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR) in Chicago, USA.
- ⁴⁴ Rosner, R. (1996) The Relationship between Emotional Expression, Treatment and Outcome in Psychotherapy. An Empirical Study. Frankfurt a. M.: Peter Lang, Europäische Hochschulschriften.
- ⁴⁵ Schigl, B. (1998) Evaluation von integrativer Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnestischer Sicht ehemaliger KlientInnen. Endbericht zum Forschungsprojekt der Fachsektion für integrative Gestalttherapie im ÖAGG. Wien: Eigenvervielfältigung der Fachsektion für integrative Gestalttherapie.
- ⁴⁶ Mestel, R. & Votsmeier-Röhr, A. (2000). Long-term follow-up study of depressive patients receiving experiential psychotherapy in an inpatient setting. Vortrag gehalten auf dem: 31st Annual Meeting der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Chicago, USA.
- ⁴⁷ Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M.G., Antoni, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G.M. & de Vries, M.J., (1994). Cognitive-Behavioral and Experiential Group Psychotherapy for Asymptomatic HIV-Infected Homosexual Men: A Comparative Study. *Psychosomatic Medicine*, 3, 271-288.
- ⁴⁸ Pauls, H. & Reicherts, M. (1999). Empirische Forschung in der Gestalttherapie am Beispiel eines praxisorientierten Forschungsprojektes. In: Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (Hrsg.) *Das Handbuch der Gestalttherapie*.
- ⁴⁹ Perls, F., Baumgardner, P.: *Terapia Gestalt*, Editorial Pax, Mexico, 2003
- ⁵⁰ De Caso, P.: *Gestalt, Terapia de Autenticidad, La vida y Obra de Fritz Perls*, Editorial Cairos, Barcelona 2003
- ⁵¹ Robine, J. M.(1997/1999): *Contacto y Relación en Psicoterapia*, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- ⁵² Woldt, A. L., Toman, S. M.: *Gestalt Therapy, History, Theory and Practice*. SAGE Publications, California 2005
- ⁵³ Zinker, J. (1977/1979): *El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- ⁵⁴ Salama, H. (1994): *Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt*, Editorial I.M.P.G. México.
- ⁵⁵ Zinder, J.(1977/1979: *El Proceso Creativo en Psicoterapia Gestáltica*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- ⁵⁶ Ginger, S., Ginger, A.: (1987/1993) *La Gestalt: Una terapia de Contacto*, Editorial el manual Moderno, México D.F.
- ⁵⁷ Clarkson, P. (1990): *Gestalt Counselling in Action*, Sage Publications, London.
- ⁵⁸ Yontef, G.M. (1993/1995): *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
- ⁵⁹ Buber, M.: *Yo y Tú*, Ediciones Nueva Visión, 1ra ed. 3ra reimp. 2002, Buenos Aires.
- ⁶⁰ Clark, A.: Grief and Gestalt Therapy. *The Gestalt Journal*, Vol V, # 1spring 1982 (49-63).
- ⁶¹ Clark, A.: Grief and Gestalt Therapy. *The Gestalt Journal*, Vol V, # 1spring 1982 (49-63).
- ⁶² Clark, A.: Grief and Gestalt Therapy. *The Gestalt Journal*, Vol V, # 1spring 1982 (49-63).
- ⁶³ Naranjo, C. (1989/1990): *La vieja y Novísima Gestalt*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago, Chile.