

# **CORRIENTES FUNDAMENTALES EN PSICOTERAPIA**

**Jürgen Kriz**

Amorrortu editores Buenos Aires

Directores de la biblioteca de psicología y psicoanálisis, Jorge Colapinto y David Maldavsky  
*Grundkonzepte der Psychotherapie*, Jürgen Kriz © *Psychologie Verlags Union*, GmbH,  
1985

Traducción, José Luis Etcheverry

Unica edición en castellano autorizada por *Psychologie Verlags Union*, GmbH, Munich (Alemania Federal), y debidamente protegida en todos los países. Queda hecho el depósito que previene la ley n° 11.723.© Todos los derechos de la edición castellana reservados por Amorrortu editores S.A., Paraguay 1225, 7° Piso, Buenos Aires.

La reproducción total o parcial de este libro en forma idéntica o modificada por cualquier medio mecánico o electrónico, incluyendo fotocopia, grabación o cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Industria argentina. Made in Argentina

ISBN 950-518-510-3

ISBN 3-541-14171-9, Munich, edición original

Impreso en los talleres Gráficos Color Efe, Paso 192, Avellaneda, provincia de Buenos Aires, en junio de 1990.  
Tirada de esta edición: 2.000 ejemplares.

A mi madre, que sola crió tres hijos en los tiempos difíciles de la posguerra; con agradecimiento y afecto.

# Indice general

15	Palabras preliminares: origen y propósito de este libro
21	1. <i>Introducción: las raíces de la psicoterapia</i>
22	1.1 La imagen del hombre en la antropología y en la psicología de la época de Freud
25	1.2 La imagen médica del ser humano
27	1.3 Precursores de Freud
30	1.4 El nacimiento del psicoanálisis
33	1.5 Freud y sus discípulos
33	1.5.1 Alfred Adler
34	1.5.2 Carl Gustav Jung
36	1.5.3 Otros discípulos de Freud
37	1.6 La dispersión (ulterior) del movimiento psicoanalítico
39	1.7 La influencia de Freud sobre otras orientaciones terapéuticas
41	1.8 El cuadro de las influencias
45	Primera parte. Abordajes de psicología profunda
47	2. <i>Psicoanálisis (Freud)</i>
48	2.1 Desarrollo del edificio teórico freudiano
49	2.1.1 La teoría del trauma (hasta 1900 aproximadamente)
51	2.1.2 La génesis del psicoanálisis (1900-1920)
53	2.1.3 De la perspectiva energética a la estructural (después de 1920)
54	2.1.4 Elaboraciones posteriores
56	2.2 El modelo estructural de la personalidad
58	2.3 La doctrina de las pulsiones
60	2.4 El modelo de las fases del desarrollo psicosexual
60	2.4.1 Fases infantiles de la libido
61	2.4.2 El complejo de Edipo
63	2.4.3 Relaciones de objeto y narcisismo
64	2.5 Conflicto, formación de síntoma y neurosis
67	2.6 La situación terapéutica
68	2.7 Sueño e interpretación
70	2.8 Resistencia, transferencia y contratransferencia
72	3. La psicología individual (AdLer)
74	3.1 Sentimiento de inferioridad y afán de hacerse valer
76	3.2 Estilo de vida, líneas rectoras y plan de vida
79	3.3 Sentimiento de comunidad y voluntad de poderío
82	3.4 El arreglo de los síntomas neuróticos
85	3.5 Principios de la terapia
89	4. La psicología analítica (Jung)

92	4.1 Estructuras y funciones de la psique
93	4.1.1 Las funciones ectopsíquicas de la conciencia
94	4.1.2 Las funciones endopsíquicas de la conciencia
96	4.2 La doctrina junguiana de los tipos
98	4.3 El inconciente colectivo y los arquetipos
100	4.4 Individuación
102	4.5 La psicoterapia junguiana
104	5. Vegetoterapia ( <i>Reich</i> )
107	5.1 Reich contra Freud
109	5.2 Energía, orgasmo y neurosis
112	5.3 Sexualidad y sociedad
115	5.4 La estructura del carácter
118	5.5 La coraza corporal y su modificación
123	6. Bioenergética ( <i>Lowen</i> )
125	6.1 Estructuras bioenergéticas del carácter
129	6.2 «Estar plantado» y trabajo corporal
131	6.3 Respiración y voz
134	7. Análisis transaccional ( <i>Bewne</i> )
136	7.1 Análisis estructural
140	7.2 Análisis transaccional (modelo de la comunicación)
142	7.3 Análisis de los juegos
147	7.4 Análisis del guión
150	7.5 La intervención terapéutica
153 Segunda parte. Abordajes de terapia de la conducta	
155	8. Orígenes <i>de la</i> terapia <i>de</i> la conducta
157	8.1 Abordajes teóricos iniciales
157	8.1.1 Pavlov: condicionamiento clásico
159	8.1.2 Bechterev: reflexología
159	8.1.3 Thorndike: ley del efecto
160	8.1.4 Watson: conductismo
162	8.2 Primeros abordajes de orientación práctica
162	8.2.1 Precursores
163	8.2.2 Neurosis experimentales
165	8.2.3 Primeras terapias basadas en la teoría del aprendizaje
167	8.3 Raíces teóricas II: las teorías norteamericanas del aprendizaje
167	8.3.1 Hull: esquema de estímulo-reacción (teoría del automatismo)
168	8.3.2 Skinner: condicionamiento operante
170	8.3.3 Guthrie: teoría de la contigüidad
170	8.3.4 Tolman: aprendizaje latente
173	9. <i>Abordajes de terapia de la conducta fundados en la teoría del aprendizaje</i>
173	9.1 Desensibilización y dominio de la angustia
173	9.1.1 El contracondicionamiento
176	9.1.2 La desensibilización sistemática de Wolpe
176	9.1.3 Problemas y críticas
178	9.2 Variantes
178	9.2.1 Entrenamiento para el dominio de la angustia
178	9.2.2 Entrenamiento para la autoafirmación ( <i>assertive training</i> )
179	9.3 Abordajes operantes

180	9.3.1 Nociones generales del condicionamiento operante
182	9.3.2 Los programas de fichas
184	9.3.3 Biofeedback
186	9.3.4 Autocontrol
187	9.3.5 Autorrefuerzo
187	9.3.6 Control de los estímulos
188	9.3.7 Autoobservación
188	9.3.8 Contratos terapéuticos
190	9.3.9 El modelo de autorregulación de Kanfer
191	<i>10. Abordajes cognitivos de la terapia de la conducta</i>
194	10.1 Aprendizaje de modelos
195	10.2 Entrenamiento en competencias sociales
195	10.3 Solución de problemas
197	10.4 Condicionamiento latente
198	10.5 Autoinstrucción
200	10.6 Terapia cognitiva
202	10.7 Terapia multimodal (BASIC ID)
203	<i>11. Terapia racional-emotiva (Ellis)</i>
204	11.1 Albert Ellis y el desarrollo de la terapia racional emotiva
207	11.2 El A-B-C» de la terapia racional-emotiva
211	11.3 El proceso terapéutico
214	11.4 Métodos de intervención en la terapia racional emotiva
215	11.4.1 Técnicas emotivas
215	11.4.2 Técnicas conductistas
216	11.4.3 Técnicas cognitivas
217	Tercera parte. Abordajes humanistas
219	<i>12. Las raíces de las terapias humanistas</i>
220	12.1 Las raíces filosóficas
223	12.2 Las raíces en la psicología de la <i>Gestalt</i>
225	12.3 La imagen del hombre de la psicología humanista
229	<i>13. Terapia gestáltica (Perls)</i>
231	13.1 Teoría y práctica terapéutica
234	13.2 Asimilación y crecimiento
235	13.3 Diálogo, encuentro y autorregulación
238	13.4 Perturbaciones del contacto y estrategias de dominio
240	13.5 Fases del contacto y de la terapia
241	13.6 Aspectos y técnicas de la intervención
245	<i>14. Psicoterapia de diálogo (Rogers)</i>
245	14.1 Introducción
248	14.2 El desarrollo de la psicoterapia de diálogo
249	14.2.1 Fase de la terapia no directiva (década de 1940)
249	14.2.2 Fase de la verbalización de sentimientos (década de 1950 hasta mediados de la década de 1960)
250	14.2.3 Fase del centramiento en la vivencia (desde mediados de la década de 1960)
251	14.2.4 Fase de ampliación e integración (desde la década de 1970)

262	14.3 Imagen del hombre y teoría de la personalidad según Rogers
255	14.4 Actitudes básicas del terapeuta
256	14.4.1 Estimación positiva y calidez emocional
257	14.4.2 Autenticidad
258	14.4.3 Comprensión empática
260	14.5 Los deterioros psíquicos y el proceso terapéutico
264	14.6 <i>Experienaing</i> » y <i>.focusing</i> »
267	15. <i>Variedades: logoterapia (Frankl) y psicodrama (Moreno)</i>
268	15.1.1 La persona de Frankl
270	15.1.2 La neurosis noógena y otras formas de neurosis
271	15.1.3 Modulación de la actitud y derreflexión
272	15.1.4 Intención paradójica
274	15.2 Psicodrama (Moreno)
274	15.2.1 La persona de Moreno
275	15.2.2 Nociones teóricas básicas del psicodrama
277	15.2.3 Práctica de la terapia psicodramática

## 281 Cuarta parte. Abordajes sistémicos

283	16. Fundamentos de las terapias sistémicas
283	16.1 Introducción en la problemática
287	16.2 Digresión sobre el sistema» de la familia»
294.	16.3 Raíces de los abordajes sistémicos
301	17. Terapia individual sistémica: comunicación y paradoja
302	17.1 Axiomas pragmáticos y perturbaciones de la comunicación
306	17.2 Conceptos y aspectos de la comunicación desde el punto de vista sistémico
308	17.3 Paradojas comunicativas y «doble vinculo»
311	17.4 Terapia individual de orientación sistémico-comunicativa
315	18. La relación de pareja como colusión (Willi)
316	18.1 El principio del deslinde
317	18.2 Regresión y progresión
318	18.3 La equiparación
319	18.4 Colusión y tipos de colusión
319	18.4.1 Sobre el concepto de colusión
322	18.4.2 La colusión narcisista
323	18.4.3 La colusión oral
324	18.4.4 La colusión anal-sádica
325	18.4.5 La colusión fálico-edípica
328	18.5 Sobre la intervención terapéutica
331	19. Terapia familiar
332	19.1 Aspectos de las intervenciones en terapia familiar comunes a diversas escuelas
333	19.1.1 Joining (alianza de trabajo terapéutica)
334	19.1.2 Xeframing (reencuadramiento)
335	19.1.3 Trabajo sobre las fronteras

335	19.1.4 Escultura familiar
336	19.1.5 Anamnesis familiar y genograma
336	19.2 Terapia familiar de orientación psicoanalítica
337	19.2.1 Panorama de conjunto
340	19.2.2 Fuerzas sistémicas en el proceso de la terapia familiar» según Stierlin
343	19.3 Terapia familiar centrada en la experiencia
345	19.3.1 Perspectivas básicas
346	19.3.2 Las pautas de comunicación de Satir
350	19.3.3 La intervención terapéutica
352	19.4 Terapia familiar estructural
353	19.4.1 La estructura familiar normativa
355	19.4.2 Estructuras patógenas
356	19.4.3 Esquemas de intervención
358	19.5 Terapia familiar estratégica
359	19.5.1 Sobre el concepto de estrategia
361	19.5.2 La estructura familiar patógena
364	19.5.3 Aspectos de la intervención
368	20. Epílogo: prolegómenos a una terapia <i>de</i> niveles múltiples
384	Bibliografía comentada
384	Panoramas de conjunto
384	I. Abordajes de psicología profunda
386	II. Abordajes de terapia de la conducta
387	III. Abordajes humanistas
389	IV. Abordajes sistémicos
393	Referencias bibliográficas

## Palabras preliminares: origen y propósito de este libro

Este libro nació de un curso universitario de nivel introductorio. Puestas a prueba y modificadas las lecciones con el paso de los años, tienen ahora la estructura que se refleja en esta obra. En principio, su destino es la enseñanza, el aprendizaje y la labor académica; se trata, en consecuencia, de un libro de texto, pensado para una consulta asidua. Por eso mismo parece conveniente y atinado consignar aquí algunas de las ideas y decisiones, así como de los compromisos inevitables, a que se ciñó el texto manifiesto. Conocer las intenciones del autor contribuirá a generar expectativas acordes y facilitará el estudio del libro.

Me propuse sobre todo ofrecer un panorama de las principales corrientes en psicoterapia, que se dejara leer, que resultara atrayente en lo posible, pero que al mismo tiempo estuviera bien fundamentado. El libro debía tener una extensión «normal». Desde luego que un trabajo de esta índole no puede ni debe sustituir al conocimiento directo de la vasta bibliografía que existe para cada uno de los abordajes terapéuticos; al contrario: tiene que servir de introducción y de estímulo a ese estudio, y proporcionar a la vez el marco que facilite la selección juiciosa de las lecturas, y su profundización.

- No es este, por principio, un «manual de psicoterapia»; por eso excluye informes sobre investigaciones hechas en esta materia, descubrimientos obtenidos por medio de estudios empíricos, así como recomendaciones o ejemplos para la práctica terapéutica. Aun de esta manera, en varias etapas de mi trabajo de redacción estuve a punto de desistir porque la empresa me parecía demasiado osada y habría preferido no tener que tomar las decisiones que se imponían para condensar en un «volumen manuable» varios centenares de obras sobre psicoterapia (así es en efecto, y eso que se trata de una selección restringida). Pero la respuesta que encontraron los primeros fragmentos y el deseo, sobre todo de mis alumnos, de disponer de una introducción concisa, me dieron ánimo para llevar adelante los compromisos indispensables.

La decisión más fácil fue definir las variedades de terapia que se incluirían y la extensión con que se las trataría. El «psico-boom», sobre todo en los últimos diez años, ha dado origen a cientos de variedades de terapia, pero el examen de las publicaciones científicas y profesionales corrientes deja ver con bastante claridad los alcances de su vigencia. Tal vez esto no haga justicia a alguna corriente genial pero desdeñada. Opino, sin embargo, que un libro introductorio no se debe apartar demasiado de las valoraciones prevalecientes. A pesar de ciertas libertades personales que me he permitido (como una mayor ponderación de los aportes de Wilhelm Reich), tengo pocas dudas de que la selección en su conjunto responde a las opiniones de la generalidad.

Más difícil, en cambio, me resultó seleccionar el «material» dentro de cada uno de los abordajes terapéuticos. Es que presentan variantes, modificaciones, complementos. Me pareció atinado tomar como eje la corriente en su expresión originaria en lugar de reseñar el espectro de las elaboraciones posteriores: quien después profundice en la bibliografía sobre psicoterapia, o en la práctica de esta, encontrará más fácil articular modificaciones de detalle en una estructura de corrientes fundamentales que proceder a la inversa.

Por último, la clasificación general -es decir, la distribución de las formas de terapia en «grandes grupos»: «abordajes de psicología profunda», «abordajes de terapia de la conducta», «abordajes humanistas» y «abordajes sistémicos»- sólo puede valer como una entre las posibles de pareja justificación. Aun si se aceptan estos cuatro «grupos» a los que me he ceñido, la subsunción en modo alguno es clara y unívoca. P.ej., el «análisis transaccional» de Berne, que hemos clasificado entre los abordajes de psicología profunda, con igual derecho se podría incluir entre los «humanistas» y aun entre los «sistémicos». El espacio de similitud entre las terapias está determinado por una cantidad grande de factores dependientes (entre otros: psicología profunda, humanista, teoría de la conducta, del aprendizaje, cognitiva, sistémica, terapia de niños, orientación hacia el cuerpo, teoría filosófica, terapia social), que en parte presentan carácter bipolar. Conviene entonces tener presente en la lectura que nuestro agrupamiento terminológico en cuatro conglomerados es arbitrario e insatisfactorio.

En lo que se refiere al método de exposición, deseché mi plan originario de emplear en todos los capítulos una misma estructura sistemática: habría sido difícil aplicar ese procedimiento en vista de las ponderaciones diferentes de los distintos abordajes de terapia (que se traducen también en la extensión expositiva), pero además semejante estructura habría parecido una importación extrínseca a los abordajes mismos. Antes que empeñarme en ofrecer una posibilidad de comparación formal de los abordajes según casilleros comunes, me pareció importante, en el marco de una introducción, desarrollar las diversas formas de terapia, en todo lo posible, desde sus estructuras internas y su intencionalidad central. Este método se impuso después casi como una necesidad de redacción. P.ej., la presentación de las terapias de la conducta se rige por hechos empíricos, mientras que la terapia gúestáltica se expone de una manera más bien metafórica y expresionista.

Entonces, me gustaría que el lector, en lugar de emprender una comparación «objetiva» desde una postura neutral, se internara en las diversas corrientes y se esforzara en prolongar su deducción y en comprenderlas a partir de su lógica interna. Por esta razón hemos omitido en general la crítica. Los abordajes mismos, como

conjunto, son diversos y se oponen entre sí lo bastante; no se corre entonces el riesgo de guiar (o seducir) al lector para que haga suya determinada corriente de manera acrítica. Preferí, en un capítulo de conclusión, conjugar en una suerte de crítica constructiva aspectos importantes de los abordajes expuestos en el libro; con esa intención esbozo allí mi propia perspectiva sobre la terapia. Mi impresión personal es que hoy demasiado a menudo y con ligereza se hacen críticas dictadas más por la superficialidad y la falta de comprensión que por un análisis real. Es fácil desde luego -para recurrir a una imagen reprochar a la rana que no pueda volar y al pájaro criticarlo porque no croa. Así se evita la tarea, mucho más ardua, de la meditación comprensiva, tarea que en una introducción a la psicoterapia me parece esencial e insoslayable.

Esto significa que la perspectiva adoptada en este libro no es tanto sistemática y crítica cuanto histórica y reconstructiva (para una obra que escoge aquel otro camino, véase una interesante solución en Renaud von Quekelberghe, *Systematik der Psychotherapie*, 1979a). Recurrir con asiduidad a la perspectiva histórica tal vez resulte desacostumbrado a muchos psicólogos; no es raro, en efecto, que los descubrimientos de nuestra ciencia se tomen, si no «caídos del cielo», al menos prescindiendo de sus contextos sociales (con más precisión: del contexto de la sociedad) e históricos. En este libro presentamos las principales variedades de terapia (en muchos casos, desde el título de las secciones o de los capítulos) refiriéndolas a personas, y a menudo las relacionamos con sucesos biográficos. Pero ello no significa que descuidemos los contextos sociales que llevaron a esas diversas formas de terapia. En efecto, la biografía no es mero asunto individual; no lo ha sido, por cierto, en la época de las dos guerras mundiales, la crisis económica mundial y el dominio nazi, que forman el marco histórico del desarrollo de casi todas las variedades de terapia (o, al menos, de sus principales precursores).

Esta marcada orientación histórico-reconstructiva no me movió empero a concebir mi tarea como la de un «recolector de hechos» (o un «compilador de citas») neutral. Desde luego, me he empeñado en alcanzar la mayor sinceridad científica. Pero en lo posible renuncié a frases del tipo ««X demuestra en su exposición de la teoría de Y que. . . en cambio, Z opina que. . . »» (es decir, interpretaciones de las interpretaciones de interpretaciones), por más que la cita sea literal. Y no porque me parecieran carentes de «objetividad» (sea esto lo que fuere) sino porque las consideré aburridas. Para mí, una monografía es siempre una «toma de posición» personal del autor: la imagen de la bibliografía que he estudiado se refleja en mi experiencia científica y psicoterapéutica, y se proyecta en este libro desde el foco de mi postura personal. En este sentido no me parece fuera de lugar en una obra científica comunicar en el texto, al menos implícitamente, asombro, alegría, ira, sorpresa, agobio, fascinación, si yo mismo he experimentado esos sentimientos en el estudio de la bibliografía.

Lo que acabo de explicar me ha llevado a limitar las notas y referencias. Una introducción que abarca el espectro de formas terapéuticas e intenta para cada abordaje tomar en cuenta los aspectos centrales, pero que al mismo tiempo no puede consistir en un caleidoscopio de detalles y elaboraciones posteriores, quedaría muy recargada si incluyera una referencia constante a bibliografías ampliatorias, abordajes más específicos, investigaciones, objeciones, etc. Por esa razón he omitido muchas referencias a profundizaciones, elaboraciones especiales, etc., y sólo he incluido, además de las citas de las fuentes utilizadas en el texto de manera directa, aquellas que me parecieron particularmente importantes y útiles. En la época de los ordenadores que permiten pesquisar bibliografías, y de la codificación de informaciones, no me parece muy creador ni útil ofrecer listas demasiado extensas. Me impuse entonces parquedad, y en los casos de duda preferí eliminar antes que incluir una mención bibliográfica. Referencias escogidas, de unas pocas obras por capítulo, ponen al alcance de quien lo necesite varios miles de obras que están citadas a su vez en aquellas. Por otro lado, no creo que fuera del agrado del lector pagar una parte considerable del precio del libro a cambio de recibir una prueba de mi erudición.

Para mantener al libro dentro de su extensión proyectada, excluí deliberadamente ejemplos de intervenciones concretas. Como no me proponía escribir un texto en que se pudiera «aprender a hacer terapia», lo indicado era no alentar «experimentos». Una terapia concreta es siempre un proceso fatigoso, complejo, multifactorial. En el marco de una introducción, que por serlo no supone conocimientos más vastos, el peligro de inducir una ponderación enteramente falsa de esos arduos procesos por la selección de unas pocas secuencias «demostrativas» me pareció mayor que la presunta ventaja de hacer más transparentes los abordajes expuestos por el hecho de mostrarlos en su práctica. (Además, en psicoterapia no es raro que las concepciones teóricas y la acción terapéutica concreta diverjan mucho.) La práctica de la intervención terapéutica no se puede comunicar por medio de unas secuencias extractadas, como no se aprende a manejar automóviles por el análisis de la camisa de un pistón.

Me he esforzado en escribir un texto que se dejara leer; no obstante, la concisión y el rigor indispensables hacen que la lectura no sea siempre fácil. P.ej., no es del todo posible trasladar la bibliografía psicoanalítica a un lenguaje «normal», con empleo de escasos términos especializados. Tal vez contribuya a reducir posibles frustraciones tener en cuenta desde el comienzo que en estas páginas se comprimen edificios conceptuales muy complejos, que presentan incontables ramificaciones y que se han expuesto en muchas y extensas obras: por eso la forma de trabajo conveniente es una lectura no apresurada, interrumpida por la reflexión propia, con relectura y formulación de cuestiones. Un libro destinado a la labor académica y al aprendizaje no puede competir con el televisor o las novelas policiales. Porque conozco los hábitos de lectura de mis alumnos, me parece indicado dejar

constancia de que en cada línea de este libro se condensan bastante más de diez horas de trabajo. No estaría mal, por eso, que en la lectura se dedicaran más de cinco minutos a cada página.

Quiero insistir en que además de la perspectiva histórica, abordada ya en la «Introducción» que sigue, al final del libro se ofrece un ensayo de integración teórica. Allí he intentado esbozar mi propia concepción de la terapia respecto de algunos puntos esenciales, y hacerla explícita. Lectores que ya tengan algunos conocimientos o que prefieran elaborar su lectura desde una noticia previa de la posición del autor pueden empezar por este último capítulo (en cuyo caso es posible que al comienzo deban saltar algunos contenidos).

Para terminar, quiero agradecer a todos los que me ayudaron durante la prolongada génesis de este libro. En particular menciono a Günter Wagner, que me asistió en laboriosas minucias técnicas, y a Arist von Schlippe, de quien tuve no sólo una competente colaboración crítica sino también su amistad.

Osnabrück, primavera de 1985, Jürgen Kriz

## 1. Introducción: las raíces de la psicoterapia

El hombre es un ser social. Como ninguna otra especie, depende en lo físico y en lo psíquico, desde sus necesidades más elementales, de sus prójimos, en primer término de sus padres. En gran medida también las estructuras que hacen posible su experiencia, y por lo tanto las que favorecen su íntegro desarrollo, están socialmente dadas mucho antes de que él pise el escenario de la vida: los resultados generales del trabajo social y de otros procesos de interacción (instrumentos y materiales transformados por el hombre, pautas sociales de rol y de acción, «cultura», es decir, lenguaje, escritura, conocimientos adquiridos, etc.). Y la específica constelación histórica, geográfica y socioeconómica existente en el tiempo de su nacimiento y desarrollo determina su vida por lo menos en la misma medida que «la experiencia filogenética» del Homo Sapiens. Un rasgo singular del ser humano (por lo menos de los últimos milenios) es además su conciencia reflexiva: la conducta humana no está determinada tanto por los instintos y los estímulos naturales del ambiente («señales») como por una estructuración significativa de su experiencia y la posibilidad de anticipar en el pensamiento esa conducta y sus probables consecuencias, a fin de obrar intencionalmente. Es evidente que de igual manera estas estructuras de sentido están en buena parte determinadas socialmente e inmersas en procesos de signos (es decir, estímulos sociales con significado aprendido; cf., p.ej., J. Kriz, 1981, 1985).

Esta inserción en pautas sociales de rol ha traído siempre por consecuencia un quehacer psicoterapéutico: por una parte, las representaciones y expectativas diferenciadas, propias y ajenas, acerca de la conducta o la sensibilidad «normal» hacen que los seres humanos dentro de la comunidad social se muestren particularmente sensibles a desviaciones de esa normalidad; aunque es cierto que los márgenes de tolerancia y las valoraciones presentan diferencias extremas en distintas épocas y sociedades (de «la eliminación de los minusválidos» hasta el culto de «los santos»). Por otra parte, siempre existieron en la comunidad social hombres que de palabra o de obra procuraron aliviar esos menoscabos psíquicos, somáticos, conductuales (para empezar, los familiares, que adoptaban una función de asistencia, y después, personas que tenían un rol específico, como los curanderos). Cabe suponer entonces que prácticas psicoterapéuticas elementales, en el sentido lato, son tan antiguas como la humanidad.

En deslinde respecto de lo anterior, los comienzos de la psicoterapia profesional (como se la entiende hoy) no se sitúan antes de fines del siglo XIX, según opinión de la mayoría de los autores. Se suele tomar como fecha de referencia la aparición de la primera obra de envergadura de Sigmund Freud, *La interpretación de los sueños* (la primera edición es de 1900), o la publicación de Freud y Breuer (véase *infra*) acerca del famoso caso de Anna O. («Acerca del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos», 1893), o el año 1895, que corresponde a *Estudios sobre la histeria*, donde se expone aquel caso junto con otras observaciones. Estos escritos son el acta de nacimiento de un abordaje psicoterapéutico que pronto habría de difundirse con el nombre de «psicoanálisis», tanto que en las primeras décadas de este siglo «psicoterapia» y «psicoanálisis» freudiano se solían considerar idénticos. Es cierto que en el siglo XIX hubo precursores de los abordajes pedagógicos de terapia de la conducta (cf. el capítulo 8), pero lo prominente en ellos era el aspecto pedagógico, justamente, mientras que el psicoanálisis de Freud se propuso desde el comienzo la psicoterapia de enfermos psíquicos.

Para comprender la significación y el logro extraordinarios de Freud, conviene presentar de manera sucinta el ambiente intelectual en que nació el psicoanálisis, y el influjo que este ejerció sobre elaboraciones posteriores.

## 1.1 La imagen del hombre en la antropología y en la psicología de la época de Freud

Freud nació el 6 de mayo de 1856 en Freiberg (Moravia), o sea, pocos años antes de que Charles Darwin (1809-1882) publicara su obra capital sobre el origen de las especies. Es verdad que esta teoría fue considerada durante mucho tiempo «la aberración culpable de una fantasía perversa», según lo señala Hofstatter (1972). Todavía en 1925, el maestro de escuela Scopes fue llevado ante los tribunales por difundir las teorías darwinianas de la evolución.

Lo que en esa época dictaba criterios era en buena medida la Biblia; o, mejor dicho, interpretaciones corrientes (bastante singulares para una apreciación contemporánea) de la Biblia. P.ej., el gran naturalista suizo Louis Agassiz (1807-1873), establecido en los Estados Unidos como profesor de la Universidad de Harvard, defendió la teoría de la poligenia; según esta, las razas humanas eran especies distintas; «en consecuencia», los negros, p.ej., no podían participar de la «igualdad de los hombres» porque representaban una forma de vida enteramente distinta. Abundando en esto, el manual norteamericano de Nott y Gliddon sobre las razas humanas, *Types of mankind*, publicado en 1854, presentaba en dibujos la semejanza entre los gorilas y los negros de Argelia, entre los orangutanes y los hotentotes, etc. El propio Darwin argumentó en 1871 que en el futuro la diferencia entre el ser humano y los monos inferiores aumentaría porque era probable que se extinguieran eslabones intermedios como los chimpancés y los hotentotes (cf. Gould, 1983).

La segunda variedad de racismo científico fue la monogenia, contrapuesta a la poligenia; interpretaba a su modo la Biblia en orden a las diferencias raciales: todos los pueblos descendían, en efecto, de Adán y Eva por obra del acto de la creación, pero las diferentes razas eran el resultado de una degeneración que se producía en grados variables a partir del estado de perfección del Paraíso Terrenal. La Caída había sido mínima en el caso de los blancos, y máxima, en el de los negros.

El sustento o la «prueba» científica de estas opiniones provenía de datos aparentemente objetivos extraídos de la aplicación -por entonces en boga- de métodos cuantitativos a las ciencias humanas (orientadas estas en el sentido de las ciencias naturales). El punto de partida fueron los trabajos de Samuel G. Morton, quien poco antes de 1850 publicó varios volúmenes con mediciones y tablas de volúmenes cerebrales. Para ello se basó en su completísima colección de cráneos, que midió primero con granos de mostaza y después con municiones. Desde el supuesto, universalmente aceptado en la época, de que el volumen del cerebro era indicio directo del estado de desarrollo o de las capacidades intelectuales innatas, pudo corroborar el prejuicio de que los blancos se situaban en la cúspide de la jerarquía, los amerindios, hacia la mitad, y los negros, en el escalón inferior (y, dentro de los blancos, los teutones y anglosajones aparecían en lo alto, los judíos, en el medio, y los hindúes, en la posición inferior).

En términos parecidos argumentó el cirujano y antropólogo francés Paul Broca (1824-1880), con cuyo nombre designamos hoy el centro motor del lenguaje, situado en el lóbulo frontal; por medio de variadas mediciones del cráneo y del cuerpo, y de índices construidos sobre esa base, intentó demostrar la estupidez innata de las razas inferiores: para una muestra de 60 blancos y 35 negros, obtuvo una longitud craneana promedio, hacia atrás del *foramen magnum*, de 100,385 milímetros para los blancos y de 100,875 para los negros. Pero medida esa longitud hacia adelante, la relación era de 90,736 a 100,385 milímetros (nótese el nexo entre «exactitud» de medida e inferencias acerca -le contenidos, que en ocasiones ya se apresuraba a establecer la investigación psicológico-antropológica de la época). De ello concluía, en 1872: ««Por eso es indiscutible [ . . . ] que la estructura corporal del negro se asemeja en este aspecto, como en muchos otros, a la del mono». Antes había presentado otro «criterio» -la proporción entre los huesos del antebrazo y los del brazo-, con este argumento: ««me parece difícil seguir afirmando que el alargamiento del antebrazo sea una característica degenerada o inferior porque en este aspecto los europeos ocupan una posición intermedia entre los negros, por una parte, y los hotentotes, australianos y esquimales, por la otra» (Broca, 1862; extraemos las dos citas de Gould, 1983). La idea de que estos índices pudieran ser cuestionables ya por el mero hecho de que los no-europeos eran hombres normales y no «degenerados» o «inferiores» no congeniaba con el espíritu de la época.

También acerca de las relaciones en el interior de la raza blanca se sostenían con similar autoridad científica prejuicios caprichosos, y se los probaba en buena parte por medio de «mediciones objetivas». En primer lugar, las mujeres se tuvieron que clasificar a la debida distancia detrás de los hombres en la jerarquía. Broca (1861) afirmó, p.ej.: «las mujeres [son] en promedio un poquito más tontas que los hombres, diferencia que no hay que exagerar pero que de todas maneras es real»; y un colega de Broca, G. Herve, señaló en 1881: «Los varones de raza negra tienen un cerebro muy poco más pesado que el de las mujeres blancas»; en el mismo sentido, el famoso discípulo de Broca y autor de *Psicología de las masas*, libro que aún hoy se cita en ocasiones, Gustave Le Bon, sostuvo en 1879: «En las razas más inteligentes, como la de los parisinos, existe gran cantidad de mujeres cuyo cerebro, por su tamaño, se aproxima más al del gorila que al de los cerebros masculinos más desarrollados [ . . . ] Todos los psicólogos que han estudiado la inteligencia de las mujeres reconocen hoy [ . . . ] que ellas representan una de las formas inferiores del desarrollo de la humanidad» (citado según Gould, 1983,

quien además desenmascara documentada y convincentemente como error metódico la «objetividad» de esos datos).

Si consideramos las minorías con conducta desviada, durante mucho tiempo prevaleció -aunque también fue criticada- la teoría del profesor italiano de psiquiatría de Turín, Cesare Lombroso (1836-1910); según ella, la tendencia al crimen era innata y se la podía diagnosticar sobre bases anatómicas. Su obra principal, *EL hombre delincuente*, apareció en 1876, cuando Freud tenía ya veinte años. La influencia de las ideas de Lombroso y de sus discípulos (p.ej., un trabajo sobre «morfología anormal del pie en las prostitutas», presentado por Jullien en el Cuarto Congreso Internacional de Antropología Criminal de 1896) se prolongó hasta bien entrado el siglo XX. Señala Gould que hasta la Primera Guerra Mundial la antropología criminal fue tema de una conferencia internacional que sesionaba cada cuatro años para jueces, juristas, funcionarios públicos y científicos.

Gould apunta en este sentido que una reedición de las teorías del «criminal nato» conoció asombrosa popularidad en la década de 1960 de nuestro siglo: «el cuento de los cromosomas criminales» (Gould). A partir de una anomalía cromosómica del varón, que raras veces se presenta (la combinación XYY), y sobre la base de errores metodológicos elementales, se sostuvo la existencia de una correlación entre XYY y criminalidad. El afán de estar frente a un mundo exacto y simple en el que los rasgos más complejos de la conducta humana se remontaran a causas iguales, como sucedía con el color de las flores de los guisantes en los experimentos que Johann Gregor Mendel hizo en 1865, con demasiada frecuencia guía todavía hoy el pensamiento.

## 1.2 La imagen médica del ser humano

La época en que Freud estudió medicina en Viena e inicio sus primeros trabajos se situaba, entonces, en el extremo de una oscilación intelectual: de una época de fe (eclesiástica), ya superada se había pasado a una imagen del mundo en extremo, determinista, mecanicista, materialista y somatogénica. Todavía en 1885, como refiere Bitter (1977), notabilísimos ginecólogos consideraban posible curar la histeria por medio de castración.

La explicación naturalista-somatogénica de las enfermedades mentales se remonta a Hipócrates (460-377 a. C.). Este dividió las perturbaciones psíquicas en tres categorías: melancolía, manía y frenitis (fiebre cerebral), y supuso que su causa era una mezcla defectuosa de los humores con repercusión sobre el cerebro. Pasados unos siglos, esta teoría se olvidó; trascurrió entonces un largo período en que la enfermedad mental se consideraba castigo divino de personas pecadoras y malvadas o signo de posesión diabólica, y se la «trataba» en consecuencia, a saber: se encerraba a estas personas y se las martirizaba, o se las juzgaba y quemaba en la hoguera por brujería. En el siglo XVII, este delirio de brujería llega a su apogeo en Europa y en América.

Cuando en el siglo XVIII este fanatismo religioso cedió, se encerró a los «locos» en manicomios que eran como prisiones, a menudo encadenados y fijados a los muros. Aunque ya en los siglos XVI, XVII y XVIII algunos médicos habían sostenido que estos hombres se debían considerar enfermos y no degenerados o posesos (p.ej., Johann Weyer en el siglo XVI en Alemania, Robert Burton en el siglo XVII en Inglaterra, Philippe Pinel en el siglo XVIII en Francia), esta concepción sólo poco a poco se abrió camino hasta imponerse definitivamente en la segunda mitad del siglo XIX.

El siglo XIX estuvo dominado por la revolución científico-técnica, cuyo progreso visible justificaba y promovía una cosmovisión materialista; por eso se negó existencia a lo que no se pudiera demostrar con métodos físico-químicos; y en los modelos explicativos y clasificatorios de enfermedades mentales, que se empezaron a elaborar, se recurrió al esquema somatogénico con toda naturalidad. Son curiosidades los trabajos de un conocido médico sureño de los Estados Unidos, S. A. Cartwright; los presentó, p.ej., en el encuentro anual de la Asociación Médica de Louisiana en 1851: la causa de las frecuentes fugas de esclavos obedecía, según él, a una enfermedad mental de nombre drapetomanía, es decir, el descaminado deseo de escapar. También para la explicación de otros problemas de los negros tenía Cartwright aprestada una enfermedad, a saber, la «distesia», que se debía a la insuficiente purificación del dióxido de carbono de la sangre en los pulmones: «Es la defectuosa [ . . . ] purificación de la sangre, en conexión con un déficit de la masa cerebral [ . . . ] la verdadera causa de aquella disminución de la inteligencia que impide a los pueblos del Africa cuidarse ellos solos». La terapia consistía, entre otras cosas, «en un trabajo duro al aire libre y al sol, que los obligue a dilatar sus pulmones, p.ej., hachar árboles, apilar los troncos o aserrarlos» (según Gould, 1983).

Ahora bien, como las afecciones psíquicas se consideraban casi exclusivamente enfermedades dei encéfalo, la psiquiatría era en lo esencial una neurología, sobre todo porque la patología del cerebro había podido demostrar,

con los métodos de las ciencias naturales, que determinadas zonas de aquel se relacionaban con funciones psíquicas específicas (en particular, el ya mencionado Paul Broca había descubierto el centro motor del lenguaje). En Alemania, a mediados del siglo XIX, Wilhelm Griesinger (presidente, desde 1867, de la recién fundada Sociedad de Psicología Médica de Berlín, que en 1885 fue rebautizada Sociedad de Psiquiatría y Enfermedades Nerviosas) sostuvo que en todo diagnóstico de una perturbación psíquica había que especificar una causa fisiológica. Su continuador Emil Kraepelin (1856-1926) propuso en su *Manual de psiquiatría*, publicado en 1883, un sistema de clasificación de las enfermedades mentales que insistía en sus causas orgánicas; por lo demás, es el esquema clasificatorio en que todavía hoy se basan en buena parte las categorías de la psiquiatría académica.

Estas concepciones monocausales se veían en definitiva respaldadas por los progresos de la medicina general desde que Louis Pasteur (1822-1895) introdujo la teoría de los gérmenes como agentes patógenos hasta el florecimiento de las técnicas de vacunación hacia fines del siglo; en este mismo sentido influyeron el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis (1882) y del cólera por Robert Koch (1843-1910) así como la comprobación de que una «enfermedad mental», la «parálisis general», era consecuencia de la sífilis, cuyo agente, la *spirochaeta pallida*, se descubrió en 1905.

### 1.3 Precursores de Freud

Desde luego que también existían otras corrientes. P.ej., los filósofos Sóren Kierkegaard (1813-1855), fundador del existencialismo, y Friedrich W. Nietzsche (1844-1900), partiendo uno y otro de posiciones muy distintas (de orientación cristiana el primero, y anticristiana el segundo), se convirtieron en precursores de la psicología profunda (en parte también de la psicología humanista, cf. el capítulo 12) en tanto pusieron de relieve sentimientos sutiles, subconcientes (Nietzsche, con su «voluntad de poderío», influyó, más que sobre Freud, sobre su discípulo Alfred Adler; véase *infra*).

También en los escritos de Arthur Schopenhauer (1788-1860) se registran, mucho antes que en Freud, experiencias psicológicas de la vida cotidiana y observaciones de procesos inconcientes. Heigl-Evers y Nitzschke (1984) llegan a calificar de «desconcertantes» los «paralelismos existentes entre el pensamiento de Schopenhauer y el de FreudN: «En Schopenhauer encontramos ya el primado de la voluntad, de lo inconciente, de la sexualidad; intelecto y conciencia aparecen como fenómenos secundarios; se hace mención de afectos, sueños, hipnosis, compulsión de repetición, deseo de muerte, bisexualidad, represión, racionalización, sublimación, determinismo del acaecer psíquico en su totalidad, en particular de las asociaciones "libres"; además, "el delirio" aparece como una perturbación del recuerdo conciente causada por sucesos traumáticos que son rastreables en la biografía del afectado. Temas muy similares aparecen después en Freud»».

Eduard von Hartmann (1842-1906), por su parte, había escrito ya en 1869 una *Filosofía de lo inconciente*. Literatos como Johann W. von Goethe I (1749-1832) y Friedrich von Schiller (1759-1805) en Alemania, o Fjodor M. Dostoievski (1821-1881) en Rusia, describieron el influjo de factores sociales y psíquicos en la génesis de conflictos y enfermedades mentales. Pero antes de Freud estas ideas no se ensamblaron en una teoría coherente ni, menos aún, se aplicaron en concreto y de manera sistemática al tratamiento de enfermos. Intuiciones de sabios que -desde nuestra perspectiva actual- presentaron gran afinidad con la teoría de Freud, como el filósofo y psicólogo español Juan Luis Vives (1492-1540), quien advirtió claramente la importancia de asociaciones, motivaciones inconcientes y pulsiones sexuales para la psicopatología, o de Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), conocido como Paracelso, quien describió la existencia de finalidades inconcientes en neurosis infantiles, se consideraban hacía mucho tiempo «superadas» en el siglo XIX dominado por el materialismo y la somatogénesis.

Más influyentes, en cambio, fueron los descubrimientos del médico de Viena expulsado luego a París, Franz Anton Mesmer (1734-1815). L. Pongratz (1982), p.ej., caracteriza a Mesmer como precursor de la hipnoterapia, que después aplicaron con buen resultado al tratamiento de la histeria, entre otros, los maestros directos de Freud, Breuer, Charcot, Janet, Liebault y Berrheim (véase *infra*). Pero cuando después Pongratz, que ha pueai u de relieve el predominio de explicaciones somatológicas en la inedicina (y en la psiquiatría) de la época de Freud, concluye: «la orientación contraria en psicología fue [ . . . ] introducida por [ . . . ] MesmerH, es necesario tener en cuenta que esta explicación de los logros terapéuticos de Mesmer, o sea, que se debían a un influjo sugestivo e hipnótico, en realidad está pensada desde nuestros actuales contextos de saber. El propio Mesmer entendía que la histeria era rigurosamente una perturbación física y atribuyó sus logros terapéuticos a la acción de un fluido magnético -en el sentido de la ciencia natural-. En realidad aplicaba, no obstante sus curiosas escenificaciones místicas, sobre todo sustancias químicas y varillas de metal destinadas a trasferir el «magnetismo animal».

De igual manera, James Braid (1795-1860), quien experimentó en Inglaterra con la hipnosis y en su obra de 1843 *Neurohypnology or the rational of nervous steep* empleó por primera vez conceptos como «hipnotismo», «hipnotizar», etc., estaba convencido de que los fenómenos por él investigados obedecían a causas fisiológicas (además creía en la frenología, es decir, en que las capacidades intelectuales se podían determinar por la forma de la cabeza). El propio Charcot (véase *infra*) sostuvo al comienzo una posición somatogenética acerca de la histeria; sólo cuando sus alumnos lo engañaron con una paciente a quien le habían sugerido síntomas histéricos por medio de hipnosis, empezó a interesarse también por causas no somáticas.

Si dejamos de lado intelecciones recogidas en el campo de la filosofía y de la creación literaria, el médico Freud se atuvo enteramente al paradigma de la medicina mecanicista/somática y de la ciencia natural. Está fuera de duda que esto determinó la imagen del mundo que sostuvo hasta su vejez: Por eso su teoría, el psicoanálisis, se inspiró claramente en los modelos científicos de la mecánica, la hidrodinámica y la neurofisiología. Además, Freud caracterizó los procesos psíquicos como «estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables» (Freud y Fliess, 1950, pág. 305), y hasta su muerte alimentó la esperanza de que finalmente su teoría se pudiera anudar a descubrimientos fisiológicos y bioquímicos (cf. el capítulo 2). La importancia extraordinaria de Freud se debe a que a pesar de su esperanza de alcanzar una reducción somático-fisiológica (o tal vez a causa de ella), se dedicó al estudio intenso de procesos psíquicos y de los fenómenos clínicos correlativos (sin seguir los derroteros de la psicología experimental, sobre todo la reflexología rusa o el conductismo norteamericano, que se dedicaron a fenómenos no clínicos). Freud fue el fundador del psicoanálisis, pero no tuvo menor importancia su papel de catalizador de una serie de «discípulos» notabilísimos que crearon sus propias orientaciones. En el capítulo que sigue expondremos los conceptos funda vencia traumática. Se habló de trauma psíquico (lesión) y de la génesis traumática de los síntomas histéricos.

De regreso a Viena, Freud se instaló como psiquiatra y trabajó de nuevo con Breuer, quien investigaba también la aplicación de hipnosis en el tratamiento de pacientes (cf. el capítulo 2). Más adelante, en 1889, Freud haría una breve estada en Nancy, donde los dos famosos psiquiatras A. Liebeault (1823-1904) y H. Bernheim (1840-1919) enseñaban igualmente la aplicación de la hipnosis. Observaciones que hizo con Bernheim inspiraron a Freud la técnica de la asociación libre, que empero sólo elaboró después que se separó de Breuer.

También de Bernheim recogió Freud la idea de transiciones fluidas entre la salud y la enfermedad. En contra de Charcot, quien opinaba que la capacidad de ser hipnotizado era ya un síntoma histérico, Bernheim sostuvo la tesis de que todos los seres humanos eran hipnotizables hasta cierto grado. Tal vez sobre todo por eso estudió a enfermos: quería formarse de ese modo una idea sobre la psique de los sanos. Freud avanzaría después con más decisión por ese camino y atribuiría la represión de tendencias pulsionales no sólo a personas enfermas sino a todas las personas que en grados diversos son sanas.

Si Janet, en armonía con el espíritu de la época -según lo hemos expuesto-, atribuía «la escisión de la conciencia» histérica (esta caracterización le pertenece) a una debilidad innata para la síntesis psíquica, Breuer enseñaba ya que la escisión de la conciencia no era el resultado de una degeneración del histérico sino un fenómeno secundario, adquirido a raíz de una vivencia nociva. El descubrimiento de Breuer consistió en que estos síntomas histéricos se relacionaban con escenas impresionantes pero olvidadas (traumas) que el individuo había vivido. Breuer hacía que los pacientes en estado de hipnosis recordaran esas escenas y las describieran con palabras y gestos; así el trauma era revivido como si fuera actual. Tras el despertar se observaba (a veces hacían falta varias repeticiones) la liberación del síntoma. Breuer llamó «catártico», purificador, a este proceso.

El verdadero punto de partida de este trabajo fue el tratamiento de «Anua O.» (es un nombre ficticio que en las publicaciones de Freud y de Breuer designa a Berta von Pappenheim). Este se convirtió en uno de los casos más famosos de la bibliografía clínica desde que Breuer y Freud expusieron en detalle su lograda terapia, conducida por el primero de ellos. Cabe conjeturar que este proceso terapéutico fue una esencial fuente de conocimientos para el posterior trabajo de Freud, aunque hoy sabemos que Anna O. nunca sanó por completo y debió recurrir después a la morfina; Davison y Neale (1979, pág. 23) concluyen: «es fascinante y singular que el psicoanálisis se remonte a un caso clínico cuyo relato no se correspondía con la realidad». (Anotemos que para la terapia de la conducta se presenta una situación análoga: el condicionamiento clásico de la angustia del «pequeño Albert», llevado a cabo por Watson en 1919-1920, fue un experimento en extremo dudoso, no reproducible. Sin embargo, una «versión depurada» de él constituyó durante décadas uno de los pilares del conductismo y de sus correspondientes «teorías de la angustia».)

La colaboración de Breuer y Freud no duraría mucho. Breuer opinaba que la causa de la histeria eran vivencias traumáticas y afectos no manifestados sino retenidos. La energía estancada de estos afectos era almacenada en lo inconciente y se transformaba en síntomas. Freud iba más allá; suponía que no se trataba tanto de una sofocación de afectos movida por circunstancias exteriores cuanto de exigencias pulsionales sexuales que no se habían podido manifestar en razón de instancias morales. Esta energía se trasmudaba en síntomas corporales, lo que Freud llamó conversión. Esta insistencia en la energía de la pulsión sexual, la «libido» -a la que Freud sólo mucho después contrapuso las tendencias mortíferas, agresivas: la pulsión de muerte- fue el -principal motivo del alejamiento de Breuer.

Tras esta separación, pronto Freud trocó la técnica de la hipnosis por la de la «asociación libre», en la cual el paciente era exhortado a declarar con libertad todo cuanto se le ocurría. De esta manera descubrió un fenómeno que antes había permanecido en buena parte oculto por la hipnosis, a saber: la «resistencia». Después introdujo la interpretación de sueños como «camino real» hacia lo inconsciente y elaboró el concepto de «trasferencia». En los años que siguieron, Freud no cesó de trabajar en un edificio teórico más y más completo, el psicoanálisis (cf. el capítulo 2).

Como ya señalamos, la doctrina de Freud ha ejercido y ejerce poderoso influjo sobre el desarrollo de la psicoterapia en general. Casi todos los abordajes psicoterapéuticos actuales se han originado en perspectivas psicoanalíticas (ya por el hecho de que la mayoría de los fundadores de las nuevas escuelas de terapia se iniciaron como psicoanalistas), con excepción de la terapia de la conducta (y sus derivados), aunque es cierto que esta última ha recibido notable influjo del psicoanálisis y sus logros clínicos (cf. el capítulo 8). En general, el influjo de Freud y del psicoanálisis sobre otras variedades de terapia no se registra tanto en una aceptación directa de ciertas perspectivas cuanto en una toma de posición frente a estas. Porque tal vez lo más notable de la persona y de la doctrina de Freud sea que por una parte congregaron a un círculo de personalidades destacadas, pero que estos «discípulos» se separaron después (en muchos casos tras enérgicas luchas y discusiones con Freud) para fundar corrientes propias.

La ya mencionada función catalítica de Freud y de su abordaje psicoanalítico es por eso, en mi opinión, al menos tan importante como su propia obra. En lo que sigue daremos una caracterización panorámica de algunos aspectos de esta función catalítica y de las discusiones a que dio lugar; y los iremos retomando parcialmente con mayor detalle en los capítulos del libro.

## 1.5 Freud y sus discípulos

Desde el otoño de 1902, se reunió semanalmente en casa de Freud la «Sociedad psicoanalítica de los miércoles», a la que pertenecieron Adler, Kahane, Reitler y Stekel. Se fueron agregando nuevos miembros, de los que Abraham, Ferenczi, Jones, Jung, Rank y Reich son hoy los más conocidos. En 1906 apareció el primer trabajo psicoanalítico en el área lingüística anglosajona, obra de James J. Putnam, de Harvard. En 1908 se reunió en Salzburgo el Primer Congreso de Psicoanálisis. En 1909-1914 aparecieron seis publicaciones dedicadas a la investigación en psicoanálisis y psicopatología, dirigidas por Freud y Bleuler. En 1910 se fundó en Nuremberg la Asociación Psicoanalítica Internacional (presidente: Jung) y empezó a aparecer el mensuario *Zentralblatt für Psychoanalyse* (directores: Adler y Stekel), que desde 1912 se convirtió en *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* (directores: Ferenczi, Rank y Jones).

### 1.5.1 Alfred Adler

El primero en separarse de Freud fue Alfred Adler (1870-1937). En 1911 renunció, junto con nueve socialistas, a la Sociedad Psicoanalítica de Viena, que él había presidido. Pero el hecho no obedeció a motivos políticos en el sentido propio del término, como lo demuestra la permanencia en aquella del socialista y durante muchos años representante oficial de Freud, Paul Federn (1871-1950). Lo que se discutía era más bien la ampliación de la teoría de las pulsiones de Freud para incorporar aspectos sociales, como la «pulsión de hacerse valer» (cf. el capítulo 3). Para diferenciar del psicoanálisis su doctrina, que contenía fuertes rasgos de psicología social y encontró partidarios sobre todo entre los pedagogos, Adler la llamó «psicología individual»; designación nada feliz para un abordaje de orientación psicosocial.

A la corriente de la psicología individual de Adler pertenecen, como discípulos directos, además de sus hijos Alexandra (véase *infra*) y Kurt, Meiers, A. Starr y Raymond J. Corsini; en los países de lengua alemana es muy conocido Rudolf Dreikurs, quien desde 1937 vive en los Estados Unidos (véase *infra*). Pero las ideas de Adler han influido sobre Karen Horney y Erich Fromm, discípulos de Freud, y también sobre Harry Stack Sullivan, a punto tal que, en opinión de Dienelt (1973), de los tres se podría decir que son tanto «neo-adlerianos» como «neo-freudianos». Diversos aspectos de la teoría de Adler reaparecen en otras corrientes terapéuticas que exponemos en este volumen: sobre todo en la «terapia gestáltica» de Friedrich S. Perls (1893-1970), que a su vez fue discípulo de Karen Horney (pero también de Wilhelm Reich, discípulo de Freud), y en la terapia racional-emotiva de Albert Ellis.

Por lo demás, a Adler le sucedió lo que a Freud: discípulos y amigos hicieron estallar su abordaje y fundaron corrientes nuevas. Ya Rudolf Dreikurs y Alexandra Adler lo ampliaron vigorosamente en el sentido de la terapia de grupo y la atención de los jóvenes. Más todavía se alejaron del abordaje de Adler, Fritz Künkel («ciencia del carácter»), Johannes Neumann y Rudolf Allers. El fundador de la «logoterapia», Viktor E. Frankl (nacido en 1905), que se formó con Adler y con Allers, fue excluido en 1927, junto con este último, de la Sociedad de Psicología Individual.

### *1.5.2 Carl Gustav Jung*

No menos importante que la ruptura con Adler y la escisión de la «psicología individual» fue para Freud y para el desarrollo de las orientaciones psicoterapéuticas la controversia con Carl Gustav Jung (1875-1961), que en 1913 terminó en ruptura y en la fundación de una corriente psicoanalítica separada.

De 1900 a 1909, Jung fue médico jefe del Burghölzli de Zurich bajo la dirección de Eugen Bleuler (1857-1939), y sólo en 1907 ingresó en el círculo de Freud. En 1912 apareció el libro de Jung *Symbole und Wandlungen der Libido*, donde llevó el concepto de libido más allá de la acepción estricta de energía sexual hasta darle el significado de energía anímica. Lo inconciente constituye para Jung «el suelo materno de donde brota la conciencia» e incluye contenidos personales, provenientes de la ontogénesis -el «inconciente personal»-, así como contenidos colectivos, provenientes de la filogénesis -el «inconciente colectivo».

En el Cuarto Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional que se celebró en 1913 en Munich, Freud atacó incisivamente el libro de Jung. Aunque este fue reelegido por otros dos años como presidente de la Asociación, la ruptura estaba consumada y, por desdicha, durante el régimen nazi Jung no se abstuvo de criticar a Freud, por momentos, con argumentación racista). Jung bautizó su doctrina en lo sucesivo como «psicología analítica», y después también como «psicología de los complejos», e integró con predilección concepciones religiosas y míticas (ef. el capítulo 4).

En oposición a la psicología individual de Adler, la psicología de los complejos de Jung no ha producido hasta hoy variantes; una de las razones es quizá que Jung vivió hasta 1961. Dienelt (1973) sólo menciona a su discípulo Hans Trüb, que amplió el abordaje de Jung y elaboró un fundamento más metafísico de la imagen del hombre. Para Trüb, «la relación con el tú», el encuentro personal entre los hombres, desempeña un papel esencial en la relación del hombre con el mundo (esta concepción adquiere relieve también en la «psicología humanista»; cf. el capítulo 12). Erich Neumann (1905-1960) es otro destacado discípulo de Jung que también elaboró una posición original en el campo de la psicología profunda de lo femenino y de la creación. Durante mucho tiempo se consideró representante de la psicología de Jung en Alemania a su discípulo Gustav Richard Heyer (1890-1967), cofundador de la medicina psicosomática. La unión de psicoterapia occidental y artes curativas orientales, que ya era nuclear en la obra de Jung, reaparece en su discípulo Hans Jakob. Pero también el círculo de Karen Horney asimiló este aspecto (cf. Dienelt, 1973, pág. 40).

### *1. 5.3 Otros -discípulos de Freud*

Antes todavía que Jung, en 1912, se alejó de la Sociedad Psicoanalítica de Viena el coeditor de *Zentralblatt für Psychoanalyse*, Wilhelm Stekel (1868-1940). Motivo de sus controversias con Freud, además del rechazo de la teoría de la libido, fueron la técnica del análisis y de la interpretación de los sueños. Stekel elaboró una variedad de psicoanálisis breve, el llamado «método activo».

Los otros discípulos de Freud no produjeron rupturas y alejamientos tan espectaculares como Adler, Jung y Stekel. Pero todos adoptaron puntos de vista más o menos divergentes de los de Freud (muchos mantuvieron controversias con él) y, de ese modo, se convirtieron en fundadores de orientaciones terapéuticas que se siguieron desarrollando como formas originales del psicoanálisis freudiano.

Con el mayor grado de «pureza» transmitió la doctrina de su maestro Otto Fenichel (1898-1946), quien hasta su muerte prematura se esforzó en sostener la teoría psicoanalítica en contra de modificaciones biologizantes (como

la de Melanie Klein) o ambientalistas (como la de Karen Horney), si bien es cierto que abogó por una adecuación del psicoanálisis a los diversos contextos de saber y de vida.

Karl Abraham (1877-1925) fue uno de los discípulos más allegados a Freud e hizo notables aportes a la difusión teórica e institucional del psicoanálisis en Alemania. Había sido médico asistente de Bleuler en Berna (1904-1907) y entró en contacto con Freud por medio de Jung; en 1907 se instaló en Berlín donde, en 1908, fundó un grupo análogo al de Viena: la Sociedad Psicoanalítica de Berlín. Terminada la Primera Guerra Mundial fundó en esa ciudad la Policlínica Psicoanalítica y el Instituto de Formación, en el que estudiaron o enseñaron muchos analistas que después serían famosos; el primer candidato graduado fue Franz Alexander (1891-1964), que se destacó por sus aportes al desarrollo de la medicina psicosomática; Melanie Klein (1882-1960), Karen Horney (1885-1952) y Sandor Rado hicieron análisis didáctico con Abraham; Erich Fromm (1900-1980), Michael Balint (1896-1970) y René Spitz, para nombrar unos pocos analistas que se hicieron famosos, salieron de este Instituto. En el campo teórico, Abraham se destacó sobre todo por una ampliación de la teoría de la libido (y su división en seis estadios) y por aportes a la teoría del desarrollo del carácter, así como a la psicopatología psicótica y su terapia psicoanalítica.

Discípulo, y durante mucho tiempo amigo íntimo de Freud, fue Sandor Ferenczi (1873-1933), quien en Budapest prestó grandes servicios al psicoanálisis en lo teórico y en lo institucional. En correspondencia con la teoría de Abraham sobre los estadios del desarrollo libidinal, Ferenczi averiguó las fases de desarrollo del «sentido de realidad»: desde la omnipotencia absoluta de la experiencia intrauterina hasta el pensamiento y la acción dirigidos al mundo objetivo. Sus divergencias con Freud se debieron sobre todo a que en el afán de fortalecer el «yo» del paciente, Ferenczi le brindaba cuidados maternos y lo mimaba como a niño pequeño.

Michael Balint, el más conocido discípulo de Sandor Ferenczi -también recibió en Berlín su formación psicoanalítica-, se ocupó, mucho antes que René Spitz, de las relaciones de objeto del niño pequeño. Desarrolló una teoría de la regresión e insistió sobre todo en el fortalecimiento del yo («pedagogía del yo») para superar el agostamiento de la capacidad de amar que muchos pacientes presentaban. Son conocidos los «grupos Balint»: seminarios de formación y supervisión para médicos (con posterioridad también para psicólogos, consejeros matrimoniales y asistentes sociales), con fuerte orientación hacia la experiencia de sí mismo y el desempeño de roles en las sesiones de consulta.

## 1.6 La dispersión (ulterior) del movimiento psicoanalítico

El propio Freud había dedicado muchos esfuerzos a la estructura organizativa e institucional y a la difusión del psicoanálisis. Por iniciativa de su discípulo británico Ernest Jones (1879-1958), en 1912-1913 fundó el llamado «Comité»; pertenecieron a este al comienzo, además de Freud, cinco partidarios jurados del psicoanálisis, que eran Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Ernest Jones, Otto Rank y Hanns Sachs; en 1919 se sumó Max Eitingon. La tarea del Comité era velar por la difusión del psicoanálisis, aliviar el trabajo de Freud y protegerlo hacia afuera. Este grupo de íntimos de Freud se mantuvo en contacto, desde 1920, por medio de circulares que partían de Viena (redactadas por Freud y por su secretario personal Otto Rank) hacia Berlín (Karl Abraham, Hanns Saclis y Max Eitingon), hacia Londres (Ernest Jones) y hacia Budapest (Sandor Ferenczi). Cada uno de sus miembros había recibido de Freud, en signo de alianza, un anillo con una gema labrada; por eso se los conoció como «los portadores del anillo».

Pero además de la heterogeneidad creciente de las opiniones teóricas, las circunstancias políticas concurrieron a una ulterior dispersión del movimiento psicoanalítico. Bajo el gobierno nazi se produjo su destrucción casi total en Alemania y Austria. La editorial psicoanalítica, con sede en Viena y en Leipzig, fue cerrada, y sus libros fueron destruidos.

Como Freud y muchos de sus discípulos eran judíos, tuvieron que emigrar para no ser asesinados en los campos de concentración. Casi todos se radicaron en Inglaterra o en los Estados Unidos, lo que explica el fuerte influjo anglosajón que recibe hoy el psicoanálisis. Freud emigró en 1938 a Londres, acompañado de su hija y discípula Anna (1895-1982), conocida sobre todo por sus trabajos sobre los mecanismos de defensa y sobre el análisis de niños. Escogió Inglaterra a instancias de su discípulo y después biógrafo Ernest Jones, quien ya en 1926 había llamado a Gran Bretaña a Melanie Klein, quien, como Anna Freud, se dedicaba al análisis de niños.

La mayoría de los emigrantes fueron a los Estados Unidos, como Heinz Hartmann (1894-1970) y Ernst Kris (1900-1957), quienes enriquecieron al psicoanálisis con sus aportes centrados en la «psicología del yo»; René Spitz (1887-1974), quien se hizo conocer sobre todo por sus observaciones de lactantes y la elaboración de las fases del desarrollo de la relación de objeto; también, Erik Erikson (nacido en 1902), quien integró el Grupo de Nueva York. A Nueva York emigraron -aunque después fueron excluidos por los freudianos clásicos a causa de sus doctrinas «desviacionistas»- Karen Horney y Erich Fromm, quienes en 1943 fundaron en Washington, junto con Harry Stack Sullivan (1892-1949), una escuela de psicoterapia neo-analítica (cf. el capítulo 1, 5.1).

Con estos nombres (junto a los de Adler y Jung), se esbozan elaboraciones de psicología profunda todavía más distanciadas de la concepción freudiana. Si los «freudianos», a pesar de su heterogeneidad, se atuvieron por principio a la teoría de la libido, a la dinámica de desarrollo de la persona y a la doctrina de las pulsiones y los afectos, de Freud, los «neo-analíticos» Horney, Fromm, Sullivan, Rado y otros relativizaron en particular la significación de la teoría de la libido y el rol de la sexualidad. Estos últimos atribuyeron considerable importancia a los influjos del ambiente y a las posturas y actitudes falsas que dependían de este. En Alemania, el neo-análisis se asocia principalmente con los nombres del discípulo de Rado, Harald Schultz-Hencke (1892-1953), que se empeñó en alcanzar una síntesis de las concepciones de Freud, de Adler y de Jung (y propuso acortar el análisis a ciento cincuenta o doscientas horas, puesto que solía durar mucho más).

### 1.7 La influencia de Freud sobre otras orientaciones terapéuticas

Corrientes terapéuticas de orientación filosófica, cuyos representantes conocieron la obra de Freud pero no pertenecieron al círculo de sus discípulos, se incluyen también en la psicología profunda. A ellas pertenece ante todo el ya citado Viktor E. Frankl, que fue primero discípulo de Adler (expulsado después) pero que durante mucho tiempo mantuvo correspondencia con Freud. Su «logoterapia», en que lo central es la pregunta por el sentido, se considera «la tercera corriente de psicoterapia de Viena» (cf. el capítulo 15).

También el fundador del «análisis existencial», Ludwig Binswanger (1881-1966) mantuvo con Freud una amistad de muchos años, según lo atestiguan sus mutuas visitas y un activo intercambio epistolar. Binswanger provenía del Burgholzli y se había formado con Jung. El segundo orientador de esta corriente, Medard Boss (nacido en 1903), se había hecho analizar por Freud. Binswanger estaba fuertemente influido, ya en esa época, por la filosofía de Edmund Husserl (1859-1938) y, todavía más, por la del discípulo de este, Martin Heidegger (1889-1976). La meta de su tratamiento psicoterapéutico es llegar a entender la estructura de la existencia humana y volver a disponer de las posibilidades más auténticas de la existencia.

Un fuerte influjo sobre el desarrollo de las denominadas «terapias corporales» ejerció otro discípulo de Freud, Wilhelm Reich (1897-1957). Enseñó que la libido ocupa el cuerpo entero y no sólo las zonas erógenas (cf. el capítulo 5). Reich sostuvo ideas socialistas e hizo después experimentos en el sentido de las ciencias naturales, espectaculares y muy cuestionados (sobre todo en conexión con la energía «orgon» que él había descubierto). Estos dos factores se cordugaron para que en los Estados Unidos de mediados del siglo XX, en una extrañísima campaña (1954-1956), su pretexto de razones económicas y de política de salud, todos sus libros fueran prohibidos, destruidos sus «acumuladores de orgon», y sus escritos, quemados en presencia de agentes del gobierno: veintiún años después que los nazis habían quemado los libros de Freud en Berlín. Reich murió en prisión.

Desde Freud y pasando por Otto Rank, una vía llega hasta Carl Rogers (nacido en 1902), el fundador de la «terapia centrada en el cliente», que en Alemania se conoce, y se ha difundido, con el nombre de «psicoterapia de diálogo» gracias a su discípulo Reinhard Tausch (cf. el capítulo 14). Rogers fue el primero en llevar a cabo intensos trabajos de investigación empírica sobre los procesos de la psicoterapia y las cualidades necesarias de los psicoterapeutas.

También la «psicología humanista» ha recibido el influjo de Freud y del psicoanálisis, aun cuando junto a este y al conductismo (con su «hija», la terapia de la conducta, cf. infra) ha sido caracterizada como el tercer gran «movimiento» psicológico del siglo XX (de «teoría psicológica» no se puede hablar por la heterogeneidad de las perspectivas que se incluyen en este grupo). Según se lo entiende en el humanismo y el existencialismo, la psicología humanista quiere concebir al hombre (renovadamente) en su realidad social cotidiana, como totalidad orgánica orientada por el sentido, con la meta de su autorrealización y su autonomía (ligada a lo social; cf. el capítulo 12).

Estos aspectos cobran particular relieve en las formas de terapia humanista a que pertenecen algunos de los abordajes expuestos en este volumen: la terapia centrada en el cliente, de Rogers; la terapia guesáltica, de Perls; el psicodrama, de Moreno (quien por su parte, y con independencia de Freud, influyó mucho en la psicología humanista; cf. el capítulo 12); la logoterapia, de Frankl; la bioenergética, de Lowen, y el análisis transaccional,

de Berne. Pero no se consigue establecer un deslinde claro de «las» terapias humanistas: su entretejimiento bastante íntimo con aspectos psicoanalíticos se demuestra en el hecho de que algunos de los «abordajes de terapia humanista» que acabamos de mencionar se incluyeron en este libro entre los abordajes analíticos de psicología profunda. También los neo-analistas norteamericanos ya mencionados -Horney, Fromm, Sullivan- se suelen titular representantes de la psicología humanista. Como precursores se señalan (junto a Moreno) a Adler y a Rank.

En tiempos recientes se ha producido una unión heterogénea más amplia de diversas variedades de terapia; lo común a estos abordajes es prestar atención preferente a la familia y no al individuo. Según las nociones tradicionales, la persona estaba enferma y necesitaba terapia; para estos abordajes de terapia familiar, aquella es sólo «el paciente designado» que es el portador de síntoma y la manifestación directa del sistema enfermo. Como sucedió con los abordajes de la terapia humanista, estos desarrollaron casi simultáneamente, partiendo de diversas perspectivas y concepciones terapéuticas, una intención y una manera de ver básicas, y aun unitarias si se las considera en bloque; se justifica entonces darles una designación común: terapia familiar. También esta asociación de teorías contiene elaboraciones de raíz psicoanalítica; en el área de lengua alemana, estas se asocian sobre todo con los nombres de Horst-Eberhard Richter y Helm Stierlin (y de Jürg Willi para la terapia de pareja). En este caso, las perspectivas psicoanalíticas de Freud quedan referidas sobre todo a la estructura de las interacciones sistémicas (cf. el capítulo 19).

## 1.8 El cuadro de las influencias

En este capítulo hemos intentado rastrear las raíces de la psicoterapia a lo largo de una línea central de desarrollo dominada por Freud y el psicoanálisis. Sin duda, existieron personas y abordajes que no fueron rozados por ese desarrollo, o lo fueron apenas, y sin embargo hicieron aportes esenciales al cuadro de conjunto de la psicoterapia contemporánea. Entre ellos cabe mencionar buena parte de la terapia de la conducta -sobre todo en la obra de B. F. Skinner, J. Wolpe y H. J. Eysenck (cf. el capítulo 8)- y grupos de la terapia sistémica o familiar -como el «grupo de Palo Alto» de G. Bateson, P. Watzlawick y V. Satir, entre otros (cf. el capítulo 16). Como personalidad individual hay que mencionar a Iacov Moreno (1889-1974): no sólo fue precursor de la psicoterapia humanista por sus perspectivas teóricas y su abordaje terapéutico (el «psicodrama»), sino que tuvo importancia para la sociología por su «sociometría» (cf. los capítulos 12 y 15). Es asombroso que no lo hayan influido Freud y el psicoanálisis puesto que hasta 1925 trabajó como psiquiatra en Viena (emigró después a los Estados Unidos).

Pero si en nuestro capítulo introductorio hubiéramos integrado estas y otras importantes raíces de la psicoterapia, habríamos perdido por completo el «hilo rojo» (que, por lo demás, nos ofrece una línea de conexión apenas suficiente). Por eso citaremos algunas de estas perspectivas sólo en la exposición de los diversos abordajes de terapia (sobre todo en los capítulos 8, 12 y 16). Esta limitación vale para nuestro «cuadro de las influencias».

Con este cuadro intentamos mostrar el conjunto de las relaciones más importantes para el desarrollo de las perspectivas psicoterapéuticas (limitadas en buena medida a la psicología profunda). Desde luego que además existieron importantísimos contactos, encuentros e influjos entre las personas mencionadas (y con otras no mencionadas aquí). Pero no los hemos incluido en nuestro cuadro para no perjudicar la visión panorámica. P.ej., el fundador de la terapia gestáltica, Fritz Perls, fue recibido en 1936 por Freud en una fría «audiencia de cuatro minutos», y su lectura sobre «resistencias orales» en el congreso psicoanalítico realizado ese año no encontró eco. El, empero, había esperado una recepción más amistosa porque poco antes había fundado, «en defensa de Freud» un instituto psicoanalítico en Sudáfrica. Este desengaño determinó el alejamiento de Perls del psicoanálisis y la elaboración de la terapia gestáltica; él mismo lo refiere: «Estoy profundamente agradecido por haber podido crear tanto en mi revuelta contra él [contra Freud]» (Perls, 1969, pág. 45).

No sólo hemos omitido en nuestro cuadro esta y otras relaciones importantes, sino que por la selección de una determinada perspectiva hemos introducido una restricción adicional: la confección del cuadro se hizo desde el punto de vista del influjo de Freud sobre los «fundadores» de otras corrientes terapéuticas. Habríamos obtenido un cuadro diferente si hubiéramos considerado, p.ej., el influjo de ciertas escuelas filosóficas y sus doctrinas.



## Primera parte. Abordajes de psicología profunda

### 2. Psicoanálisis (Freud)

Aun si se limita el concepto de «psicoanálisis» a las perspectivas trazadas por el propio Freud, parece discutible que tenga sentido hablar *del* psicoanálisis. El mismo, en efecto, después de la primera formulación completa que hizo de la teoría (*La interpretación de los sueños*, 1900), tuvo cuatro décadas enteras para seguir elaborando su concepción. No obstante su afán de poner la teoría a resguardo de modificaciones excesivas -afán que motivó la exclusión de Adler, Jung, Reich y otros de la Sociedad Psicoanalítica de Viena-, se comprende que en un lapso tan prolongado ciertos aspectos se fueran modificando y se complementaran con nuevos puntos de vista. Más todavía: el propio Freud ensayó repetidas veces modificar el centro de gravedad de su teoría, lo que es válido en particular, según veremos, para sus concepciones sobre la angustia. Por otra parte, Freud mismo no concibió el «psicoanálisis» como corriente terapéutica exclusivamente, sino que el concepto abarcaba, según su propia declaración, por lo menos tres campos deslindables:

- a. Una teoría psicológica general de la vivencia y la acción humanas. A ella pertenecen la doctrina de las pulsiones (en particular la teoría de la libido), la teoría de la personalidad (sobre todo el modelo estructural del aparato psíquico), la psicología del desarrollo (principalmente el modelo de las etapas) y la doctrina de las neurosis (todos estos conceptos se elucidarán en lo que sigue). A los aspectos teóricos puros (en última instancia son ficciones que no admiten corroboración por la experiencia) de estos abordajes, Freud los caracteriza con el término «metapsicología» (formado por analogía con «metafísica»).
- b. Un método de investigación de procesos psíquicos, método ligado al «encuadre» psicoanalítico (cf. *infra*), cuyo núcleo lo constituyen la asociación libre y la interpretación de sueños.
- c. Un procedimiento para tratar perturbaciones psíquicas, que está también relacionado con el «encuadre» y cuyos núcleos son los fenómenos de la transferencia y de la contratransferencia, el análisis de las resistencias y las técnicas de interpretación (cf. *infra*).

La obra de Freud es extraordinariamente abarcadora; se extiende desde el campo estricto de las consideraciones psicopatológicas -doctrina de la enfermedad y de las neurosis- pasando por la elaboración de un modelo de tratamiento, hasta enunciados psicológicos de un carácter muy general. Ejemplifican esto último los trabajos sobre materias etnológicas y de ciencias sociales. En este dominio Freud ha sido criticado; tal el caso de su tesis sobre «la universalidad del complejo de Edipo» (cf. *infra*), según la expuso en *Tótem y tabú* (1913). Además se le ha reprochado descuidar los procesos histórico-sociales e incurrir en psicologismo, o sea, reducir a la «historia pulsional» constelaciones que en definitiva son socioeconómicas, como las estructuras de poder y de dominación. Pero en época reciente han aparecido abordajes que procuran reinterpretar como fecundas contribuciones a la ciencia social los escritos de Freud sobre estos temas, como *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921) y *EL malestar en la cultura* (1930; cf. Erdheim y Nadig, 1983).

En lo que sigue omitiremos estos aspectos etnológicos y de ciencia social, y expondremos únicamente las perspectivas que atañen a la psicoterapia en sentido estricto. También estas en parte han sido muy discutidas, y ciertos supuestos ya no son sostenibles hoy; p.ej., determinadas hipótesis antropológicas sobre psicología del desarrollo, la significación de la teoría de la libido, etc. Determinadas concepciones fueron modificadas por el propio Freud, según ya dijimos, y otras, por sus «discípulos». Y muchas, después que Freud las modificó, fueron retomadas por otros en su forma anterior (esto es válido sobre todo para ciertos aspectos energéticos que después desempeñarían un importante papel en las «terapias corporales», p.ej., las de Reich y Lowen, si bien es cierto que estos autores les modificaron la base conceptual). Por eso parece necesario y atinado exponer primero la génesis

de unas pocas perspectivas centrales (presuponemos la previa lectura de nuestro capítulo 1 por lo que se refiere al desarrollo de Freud y del psicoanálisis).

## 2.1 Desarrollo del edificio teórico freudiano

La concepción teórica del psicoanálisis se liga íntimamente a la actividad práctica de Freud y a sus experiencias personales.

En el capítulo anterior mencionamos que desde 1887 trabajó con hipnosis -como directa consecuencia de su aprendizaje junto a Charcot-, lo mismo que Breuer. Antes de su viaje a París, Freud había empleado durante breve lapso los procedimientos por entonces corrientes de la cura de aguas, la estimulación eléctrica, la cura de reposo, los masajes, etc. Por medio de la hipnosis se intentaba sugerir a los pacientes la eliminación de sus síntomas. Sobre todo las experiencias de Breuer en el caso de «Anna O.» llevaron muy pronto a modificar este trabajo hipnótico.

### 2.1.1 La teoría del trauma (hasta 1900 aproximadamente)

Tal vez porque en este caso de una paciente aquejada de graves síntomas histéricos habían fallado otros intentos (entre ellos,

v

la sofocación hipnótica de los síntomas), Breuer se habituó a escuchar simplemente a «Anna O.», quien en estado de hipnosis asociaba espontáneamente en lengua inglesa (es cierto que existen diversas versiones acerca del camino por el cual Breuer y su paciente llegaron a elaborar esta forma de trabajo en común). Esta producción asociativa de una gran cantidad de material, que la paciente misma llamó «cura por la palabra» o «limpieza de chimenea», en general producía la pronta desaparición de los síntomas o, al menos, su alivio. Era entonces claro que las asociaciones producidas guardaban alguna relación con la enfermedad. Pareció atinado buscar la causa de los síntomas en un trauma temprano (en una lesión anímica). La hipótesis central fue que la causa genuina del efecto terapéutico se situaba en el recuerdo y la revivencia de experiencias traumáticas. De esta manera, según esa hipótesis, se podía abreactar por las vías normales un afecto descaminado y estrangulado» (Freud).

Pero Freud abandonó pronto también este «método catártico» (si bien el concepto de catarsis no ha perdido legitimidad en el psicoanálisis). Por un lado, percibió una contradicción entre la hipnosis, como método que tiende a encubrir, y el recuerdo y actuación de los afectos, como método que tiende a descubrir. Por otro lado, la proliferación de contenidos íntimos sexuales en las asociaciones de algunos de sus pacientes -que demostró el importante papel que se debía atribuir al vínculo del cliente con el terapeuta- lo llevó a esbozar su teoría de la libido: Freud recondujo (en oposición a Breuer) los afectos segregados a vivencias y traumas sexuales tempranos. Primero creyó que los traumas que según esta teoría estaban en la base de la histeria eran seducciones sexuales reales padecidas en la niñez temprana. Entonces, el síntoma reflejaba el conflicto entre el recuerdo y la defensa frente a ese trauma. Con posterioridad (hacia 1897) abandonó esa hipótesis; en lugar de vivencias reales de seducción sexual supuso que obraban fantasías del paciente. Este abandono de su primera hipótesis se suele citar como el paso decisivo para el comienzo del psicoanálisis; el *padecer pasivo* (la seducción) era sustituido por un *vivenciar activo* de la sexualidad en la primera infancia: el violentamiento por el padre dejaba sitio al «conflicto edípico» (cf. *infra*).

Pero había además otras razones que desaconsejaban la hipnosis como procedimiento terapéutico fundamental: pacientes a quienes se había aplicado hipnosis con influjo sugestivo sobre los síntomas mostraban inicialmente una modificación de su patología, pero algunos volvían después, con otros síntomas; esto era indicio de que la causa de la enfermedad no había sido atacada. Además resultó que algunos pacientes no eran hipnotizables y que en otros existía el peligro de que por aplicación de la hipnosis cayeran en una fuerte dependencia de los terapeutas. En el empeño de descubrir un método mejor que la catarsis hipnótica para traer a la luz lo reprimido, Freud intentó primero sustituirla por una técnica de concentración: ejercía con los pulgares una presión sobre la frente del paciente. Finalmente, observaciones que él había hecho en 1889 con Bernheim en Nancy contribuyeron a que aplicara el método de la asociación libre con prescindencia de la hipnosis.

Con este método de la asociación libre, en que el paciente se acostaba en el diván (es decir, adoptaba una postura regresiva y distendida) y declaraba todo cuanto se le ocurría sin ejercer sobre ello censura, se había descubierto

uno de los pilares del tratamiento psicoanalítico, que conserva hoy importancia (al menos en el «gran psicoanálisis»).

Este método no sólo se puso a prueba y se desarrolló en el tratamiento de pacientes sino que desempeñó un papel considerable en el autoanálisis de Freud, que él llevó adelante en intercambio epistolar con Wilhelm Fliess. Por medio de asociación libre en el análisis de sus sueños y de su conducta, Freud se libró él mismo de síntomas histéricos. En ese proceso descubrió sus deseos sexuales hacia su madre, lo que sin duda influyó mucho en el valor central que su teoría habría de atribuir al complejo de Edipo (cf. *infra*).

### 2.1.2 La génesis del psicoanálisis (1900-1920)

En las primeras dos décadas del siglo XX, Freud elaboró las piezas maestras del edificio teórico del psicoanálisis. Con *La interpretación de los sueños* (1900) produjo la primera obra abarcadora, donde en el capítulo final expuso ya el inicial modelo tópico (es decir, la diferenciación del aparato psíquico en sistemas parciales), cuyos esbozos había desgranado en cartas a Fliess y en el «Proyecto de psicología» de 1895. Freud distingue en él entre «inconciente», «preconciente» y «conciente»; dicho en términos aproximativos (cf. *infra* para más precisiones), lo preconciente puede ser traído a la conciencia en cualquier momento, y lo inconciente, comúnmente, no (lograrlo es la tarea de la técnica psicoanalítica).

En relación con ese modelo se dilucidaron los otros conceptos fundamentales (además de la «asociación libre») del método de tratamiento psicoanalítico: una perspectiva central del trabajo analítico es la «resistencia» de un paciente a hacer conciente lo inconciente y tramitarlo en el proceso de la cura. La elaboración de estas resistencias pasó cada vez más al primer plano en la clínica. Otra idea fue la «trasferencia» de vivencias afectivas y pautas de conducta del cliente sobre el terapeuta; considerada al comienzo una desventaja, se terminó por ver en ella el instrumento nuclear del trabajo psicoanalítico. Algo semejante vale para la contratrasferencia (la reacción afectiva del terapeuta a la transferencia que el cliente hace sobre él; más adelante aclaramos estos tres conceptos).

Un cambio notable experimentó la concepción de la energía en Freud. Antes de 1900, una energía psíquica de fuentes fisiológicas era la noción prevaleciente. Freud había trabajado con anterioridad en el laboratorio de fisiología con Ernst von Brücke y había recibido una fuerte influencia de Theodor Meynert (profesores de Viena los dos, que sustentaban el fisicismo de Helmholtz y de Mach), y él mismo había publicado trabajos sobre fisiología. La ya citada «defensa frente al afecto desencaminado y estrangulado», con la que Freud explicaba el logro de la catarsis, pone de manifiesto el íntimo nexo entre enfermedad psíquica y energías afectivas en su teoría temprana. Esta energía afectiva se caracterizaba como «cantidad de excitación», que él especificaba así: «algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, y que se difunde por las huellas mnémicas de la representación como una carga eléctrica por la superficie de los cuerpos. Se puede aplicar esta hipótesis [ . . . ] en el mismo sentido en que el físico opera con el supuesto del fluido eléctrico corriente» (Freud, 1894, en *Gesammelte Werke*, vol. I, pág. 74). En sus trabajos sobre la histeria primero, y sobre la neurosis de angustia después, Freud puso de relieve de manera cada vez más clara el origen sexual de esta energía de excitación (donde «sexual» no se reduce al ámbito genital, como se lo suele entender en el lenguaje cotidiano; véase *infra*). Llamó «libido» a esta energía de la pulsión sexual. La libido pasa por fases muy determinadas en el desarrollo infantil (véase *infra*). Freud supuso que las causas de las neurosis se situaban en conflictos que no habían sido superados en esas fases, y en una perturbación de la economía libidinal. En este punto atribuyó importancia particular a la perspectiva del conflicto edípico (véase *infra*), esencial para la teoría de la libido y para el posterior modelo estructural (véase *infra*).

En este contexto, Freud trazó una distinción importante (al comienzo; véase *infra*) entre neurosis actuales y psiconeurosis; se la suele indicar como el núcleo de su primera teoría de la angustia: las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia) tienen, según eso, una etiología somática porque su causa es la insuficiente o inadecuada descarga (por masturbación) de la energía sexual. La acumulación de excitación sexual se trasmuda, sin mediación psíquica, directamente en síntomas, sobre todo, en angustia. Freud pensaba en una intoxicación por los productos del metabolismo de sustancias sexuales. En cambio, la formación de síntoma en las psiconeurosis (histeria, neurosis obsesiva) es una expresión simbólica de conflictos de la temprana infancia en conexión con el desarrollo libidinal. Sus causas, por lo tanto, no se sitúan (directamente) en el ámbito somático sino en el psíquico. Señalemos desde ahora que Freud después desechó en buena parte esta teoría (véase *infra*).

Acerca, de esta terminología de Freud conviene tener en cuenta que los aspectos biólogos y mecanicistas de su edificio teórico correspondían al espíritu de la época (que expusimos con detalle en el capítulo 1). Así, no sólo los conceptos de «pulsión» y «libido» están concebidos por analogía con la física («fuerza», y «energía») sino que conceptos como «aparato psíquico» (véase *infra*), «funcionamiento», «flujo» (de energía) y otros muestran que Freud sin duda tomaba préstamos de los modelos científicos de fines del siglo XIX: neurofisiología, hidrodinámica y mecánica. Si en su intercambio epistolar con Wilhelm Fliess (*Aus den Anfängen der*

*Psychoanalyse*) Freud caracteriza los procesos psíquicos como «estados cuantitativamente comandados de partes materiales com probables» (Freud y Fliess, 1950, pág. 305), y en el prólogo a esa obra E. Kris escribe que «se trata de un intento consecuente de definir la función del aparato psíquico como función de un sistema de neuronas y de aprehender en definitiva todos los procesos como alteraciones cuantitativas» (*ibid.*, pág. 29), se advierte con evidencia que Freud esperaba poder reducir el campo de la psicología, que él empezaba a estudiar, a un sistema de hipótesis mecanicistas.

### 2.1.3 De la perspectiva energética a la estructural (después de 1920)

Tanto más notable es, en consecuencia, el cambio consumado con el abandono de la libido concebida como energía según la entiende la ciencia natural (se lo puede situar más o menos entre 1920 y 1926). Primero, en *Más allá del principio de placer*, Freud postuló una pulsión de muerte (véase infra) junto a la libido. Después, la elaboración de un modelo estructural de la personalidad -el segundo modelo típico de Freud- hizo que el «yo» se situara en el centro de la consideración psicoanalítica: las neurosis quedaron referidas al conflicto entre «provincias» (o «instancias») psíquicas del «aparato anímico», el «ello», el «yo» y el «superyó» (véase infra). El propósito del psicoanálisis fue definido entonces por Freud así: «Donde Ello era, debo Yo devenir».

Si referimos esto a la perspectiva energética, significa el abandono de la anterior teoría de la angustia: esta ya no se considera libido transformada, no descargada (o sea: resultado de la represión a lo inconciente), sino que se la entiende como causa de la represión. El yo, que debe mediar entre los deseos pulsionales del ello y las exigencias del superyó (conciencia moral) y lograr una adaptación a la realidad, es ahora decisivo respecto de la angustia. También la significación del conflicto edípico queda muy relativizada, si no desechada por completo. Este paso a la estructura psíquica con abandono de la energía, y al tratamiento de los síntomas de la angustia con prescindencia de sus causas (psicológicas y fisiológicas), quedó consumado en 1926 con el escrito «*Inhibición, síntoma y angustia*»; en él Freud señaló que había perdido interés averiguar la sustancia de que estaba hecha la angustia.

Caben muchas especulaciones sobre las razones de este vuelco. Boadella (1983) señala que existían tres problemas fundamentales que Freud no había conseguido dilucidar en el marco de su teoría de la libido, a saber: 1) el nexo entre tensión sexual y vivencia placentera; 2) los procesos biológicos en que consiste la esencia de la sexualidad, y 3) la relación entre excitación sexual y neurosis de angustia (o, en la terminología de Freud, entre neurosis actual y psiconeurosis). «Cabe pensar -resume Boadella (*ibid.*, pág. 17) que una capitulación ante estos problemas pudo influir sobre la posterior decisión de alejarse de su anterior doctrina de las pulsiones y orientarse hacia la psicología del yo».

Es notable que Wilhelm Reich, quien conoció a Freud en 1920, hiciera pasar en sus trabajos cada vez más al primer plano los aspectos energéticos que Freud iba abandonando, y así alcanzara respuestas para los tres problemas ya señalados. Reich continuó en cierto modo en línea directa la orientación originaria de los estudios de Freud, mientras este y la mayoría de los psicoanalistas consumaban el viraje hacia la psicología del yo (cf. la sección «Reich contra Freud» del capítulo 5).

### 2.1.4 Elaboraciones posteriores

Aun otro desplazamiento del eje del trabajo psicoanalítico produjo Freud antes de su muerte, al menos en esbozo: del «yo» en cuanto centro de los conflictos intrapsíquicos entre las tres instancias (ello, yo, superyó), la atención pasó sobre todo a las funciones del «yo» (conciencia, percepción, pensamiento, lenguaje, mecanismos de defensa, controles, etc.), precisamente a aquellas funciones que posibilitan al individuo un dominio adecuado de su vida. La relativización del conflicto edípico, ya iniciada por Freud, siguió adelante; en cambio, cobró importancia cada vez mayor el vínculo temprano madre-hijo. Una de las obras básicas de esta orientación psicoanalítica que se define como «psicología del yo» fue publicada por la hija de Freud, Anna, con el título *EL yo y los mecanismos de defensa*; apareció en 1936, es decir, en vida de Freud.

Esta línea prosiguió tras la muerte de Freud, con una nueva modificación (o mejor, tal vez, ampliación) del abordaje psicoanalítico: se atendió más bien a las deformaciones estructurales en el interior de las funciones yoicas (deformaciones que ya en la infancia impidieron un desarrollo adecuado del yo). En este sentido se

intentan explicar hoy determinadas psicosis, algunas formas de esquizofrenia, síndromes fronterizos y una serie de perturbaciones psicosomáticas. Lo que algunos consideran la mayor frecuencia de estas perturbaciones en nuestros días se ha relacionado con procesos sociales que favorecen la producción de un trauma de pérdida ya en la primera infancia (cf., p.ej., Kohut, 1979; Kernberg, 1981). El psicoanalista toma sobre sí en el caso de estas perturbaciones una función adicional, protectora, que ofrece al yo deformado la oportunidad de crecer. Esto rebasa considerablemente lo que el psicoanálisis en su origen proponía con su trabajo de interpretar y hasta de combatir las resistencias del cliente. Pero es algo que la escuela húngara -entre otros, Sandor Ferenczi, Michael Balint, Melanie Klein- puso en práctica relativamente temprano (Freud se burló de Ferenczi diciéndole que terminaría por «mimar», a sus pacientes como a niños pequeños).

En lo que sigue elucidamos algunas concepciones fundamentales «del» psicoanálisis freudiano, y lo hacemos prefiriendo orientarnos por estas exposiciones posteriores, en particular el *Esquema del psicoanálisis*, cuya redacción inició Freud en 1938 poco antes de morir, y que quedó inconcluso. Una idea central de esta teoría es que las perturbaciones psíquicas se entranan con conflictos oriundos de fases o estadios bien determinados del desarrollo humano. Es específica de cada fase una confrontación entre el aparato psíquico, las pulsiones biológicas y el ambiente. Por esta razón trataremos ante todo el modelo estructural y las pulsiones, después el modelo de las fases y, por último, algunas perspectivas centrales de la terapia psicoanalítica.

Una dificultad para la exposición viene impuesta por el hecho de que muchos conceptos tuvieron significaciones diferentes en diversas épocas y la terminología no es uniforme ni muy clara en Freud y sus partidarios. Tomemos, p.ej., el siguiente enunciado «psicoanalítico» típico: «Si se quiere conservar la diferencia entre un estado en que las pulsiones sexuales se satisfacen de manera anárquica y con independencia unas de otras, por una parte, y el narcisismo, en que el yo total es tomado como objeto de amor, por la otra, es preciso suponer que el predominio del narcisismo infantil coincide con los momentos de la formación del yo» (Laplanche y Pontalis, 1972, pág. 318). Es evidente aquí que el significado preciso de los conceptos aislados se define por su relación recíproca; esto significa que un enunciado como este sólo con reservas se puede volcar en un lenguaje que contenga menos premisas conceptuales.

Expondremos en secuencia aspectos singulares; nuestra necesidad de síntesis nos obligará a desarticular analíticamente la trama y la red de estos conceptos en mayor medida que el propio Freud, no obstante su predilección por modelos naturalistas y mecanicistas y hacia el antropomorfismo. (En los ejemplos intuitivos que Freud proporciona, las instancias aparecen por momentos como personas separadas que lucharan entre ellas, y no como aspectos de una totalidad.) Precisamente por eso tenemos que, mencionar aquí de manera expresa la exigencia de Freud: en el tratamiento de un paciente, el terapeuta se relaciona con su persona total; en modo alguno, cuando se trata a una persona, se la puede descomponer en elementos diferentes. Además, Freud puso de relieve que los historiales de conflicto elaborados en el psicoanálisis se insertaban en determinado contexto sociocultural. Por eso su concepto de lo «psíquico» no se debe entender en su actual sentido sistémico sino en un sentido global e inserto en contextos sociales, como lo mostrará la siguiente exposición breve de algunas de sus concepciones.

## 2.2 El modelo estructural de la personalidad

El aparato psíquico, como ya se dijo, se divide en tres ámbitos (instancias o provincias psíquicas): el ello, el yo y el superyó. En el ello se agitan las pulsiones biológicas originarias en su forma animal, no socializada. Se trata, por consiguiente, de las necesidades elementales y los impulsos primarios, que ya no admiten ulterior análisis. Por eso tanto en el desarrollo individual como en el de la especie, el ello es la instancia más antigua, lo cual contribuye no poco a explicar su importancia para la naturaleza de cada ser humano durante toda la vida. Como el ello recibe toda su energía de los órganos interiores y no mantiene contacto directo con el mundo exterior, las necesidades básicas esfuerzan hacia una satisfacción desconsiderada e inmediata; esto, si las otras dos instancias no lo corrigieran, llevarla a permanentes conflictos con el mundo exterior, con riesgo de muerte.

El superyó representa, en cambio, las ideas valorativas morales y éticas, las normas y la moral de la sociedad (o de los padres); por lo tanto incluye el ámbito normativo de mandamientos y prohibiciones, y tiene función de conciencia moral. No hay duda de que al comienzo estas normas y valores pertenecen exclusivamente al mundo exterior, pero trascurridos pocos años de vida se convierten en parte del mundo interior en calidad de nueva instancia psíquica: el superyó. Por eso la conciencia moral, que no integra el mundo exterior sino el mundo interior, retoma tareas que al comienzo eran propias de personas del mundo exterior (sobre todo los padres); en particular, vigilancia, castigo, regulación de las actividades que nacen del ello. Suele suceder -sobre todo en los neuróticos- que el superyó, en su condición de conciencia moral, delegado entonces o complemento y

continuación de aquella función de los educadores, sea más severo que los modelos reales. Y en algunos casos los conflictos que se plantean con personas reales son interiorizados e hiperacentuados.

El yo tiene que producir una síntesis entre esas dos instancias en la forma de un compromiso, a saber: procurar a las necesidades básicas emocionales y a los impulsos pulsionales un cumplimiento acorde con la realidad, pero al mismo tiempo tomar en cuenta las restricciones provenientes del superyó y cuidar de que la persona no entre en conflictos muy serios con las normas del mundo circundante. El yo está entonces encargado de mantener el vínculo con la realidad; para esto es la instancia central de decisión y él administrador del obrar conciente en la forma de autocontroles situados entre los deseos caóticos del ello y las limitaciones normativas del superyó. Para representar la relación entre el yo y el ello es válida la imagen de un jinete sobre su caballo: la energía y la fuerza del animal son enteramente positivas y sirven para avanzar si el jinete sostiene con firmeza las riendas. En cuanto a la relación entre el yo y el superyó cabe señalar que este, en ejercicio de su exagerada severidad, que ya mencionamos, puede pedir cuentas al yo no sólo por sus obras sino también por sus pensamientos y sus acciones incumplidas.

En conexión con las tres provincias psíquicas (que ya definimos como elementos del segundo modelo tópico), Freud distingue también tres ámbitos de la conciencia, a saber, lo conciente, lo preconciente y lo inconciente (es decir, los elementos del primer modelo tópico; en consecuencia, él no desechó este modelo sino que intentó armonizar los dos). La tarea yoica de encontrar una síntesis acorde con la realidad entre las exigencias del ello y las del superyó corresponde a la conciencia; para esto, en efecto, el yo se vale de los movimientos voluntarios, de la percepción, de la memoria, etc. También son concientes partes de la trama normativa de mandamientos y de las representaciones valorativas de índole moral, que pertenecen al superyó. Sin embargo, en distinta medida según las personas, existen representaciones valorativas y demandas sociales que se aceptaron en la primera infancia y que no son concientes; más todavía: suelen ser desmentidas, aunque en concreto la persona obre de acuerdo con ellas. Inconciente es de igual modo la totalidad del ello con sus exigencias pulsionales vitales.

Como preconciente caracteriza Freud aquel material que si no es conciente siempre, empero puede ser reproducido y recordado casi a voluntad. Es entonces un material «susceptible de conciencia», que no ha sido reprimido sino que por el momento se ha retraído de la conciencia actual a fin de aumentar la capacidad funcional del organismo. En cambio, los contenidos de lo inconciente, en particular las porfias animales primitivas del ello, son convenientemente alejadas de la conciencia por el organismo porque la dimensión de las exigencias pulsionales sería demasiado temible. Entonces estos contenidos no tienen un acceso a la conciencia tan fácil como lo preconciente, y es preciso inferirlos y conjeturarlos; en el trabajo analítico en muchos casos sólo se vuelven concientes tras vencer enormes resistencias.

### 2.3 La doctrina de las pulsiones

El núcleo de nuestro ser, dice Freud, es el ello, al que le interesa satisfacer de la manera más perentoria sus necesidades, que trae constitucionalmente desde el nacimiento. Freud llama pulsiones a las fuerzas supuestas tras las tensiones de necesidad del ello; en última instancia, extraen su energía de fuentes de naturaleza fisiológica. Es cierto que se pueden distinguir muy variadas pulsiones, pero todas se reconducen a dos pulsiones fundamentales. Eros (que se define también como pulsión de amor o pulsión de autoconservación) corporiza el principio de placer y sirve también a la reproducción. Meta de Eros es producir y conservar unidades cada vez más grandes por medio de ligazones. La otra, Tánatos (o pulsión de muerte o de destrucción), que según hemos dicho fue introducida por Freud mucho más tarde, persigue en cambio la meta de disolver conexiones y de este modo destruir las cosas. Estas dos pulsiones fundamentales se conjugan y, en diversas combinaciones -en la forma de diversas pulsiones parciales subordinadas-, producen la variedad de los fenómenos de la vida.

La energía que está en la base de Eros se llama libido (para la energía de Tánatos no existe denominación, tal vez porque en el momento en que se introdujo esta noción, en 1920, las cuestiones energéticas pasaban a segundo plano). En cuanto a la idea de la pulsión de destrucción o de muerte, Freud la desarrolló bajo la fuerte impresión de la Primera Guerra Mundial, en particular a raíz de las experiencias hechas en el tratamiento de soldados: los que habían sufrido experiencias traumáticas tendían a recapitular una y otra vez estas vivencias negativas en sueños, relatos, etc. Algo semejante descubrió Freud después en otras personas que habían tenido vivencias traumáticas. Esto lo condujo por un lado a la idea de la pulsión de muerte y, por el otro, a la de (compulsión de repetición) como estrategia de solución del problema que el paciente ha elegido inconcientemente (véase infra).

Tánatos aspira a la resolución total de las tensiones, es decir, en definitiva, a retrotraer el ser vivo al estado inorgánico. Pasa por transformaciones en el curso del desarrollo del individuo: al comienzo es una pura pulsión autodestructiva que terminaría por llevarlo a la muerte; para que se conserve con vida, una parte de su energía se vuelve hacia afuera. Esta energía destructiva dirigida hacia afuera se exterioriza como agresión y destrucción

, «Refrenar la agresión es en general insano, produce efectos patológicos» (Freud). Si una fracción demasiado grande de esta energía es fijada por el superyó en el interior del yo, tiene efectos autodestructivos. Otra parte de esa energía es canalizada y dirigida hacia metas nuevas.

También la libido conoce transformaciones en el curso del desarrollo del individuo: al comienzo, en el narcisismo primario absoluto (cf. infra), la libido total se vuelca sobre el yo propio; después el yo empieza a investir con libido la representación de objetos (casi siempre otras personas, pero muchas veces también objetos materiales); es decir que la libido narcisista se ha transformado en libido de objeto, proceso este llamado «investidura». Lo típico de la investidura libidinal de los objetos es, según Freud, la gran movilidad con que la libido pasa de un objeto a otro; no obstante, también se producen fijaciones de esta a objetos muy determinados, que suelen durar toda la vida. Aunque muchas investiduras libidinales son reprimidas porque entran en conflicto con la moral (p.ej., la de un fetiche), la libido conserva su energía originaria. En el caso positivo sobreviene después su trasposición al ámbito espiritual o artístico: la sublimación. En el caso desfavorable, produce diversos síntomas que se manifiestan psíquicamente, en forma de neurosis, o corporalmente, como ««conversión»».

Estrecha relación con la idea del desarrollo libidinal guarda el siguiente modelo de fases: fuentes de la libido son diversos órganos y lugares del cuerpo, o sea, las «zonas erógenas», otros tantos dominios parciales de una libido que se puede definir como excitación sexual (Freud señala que empero todo el cuerpo puede ser considerado una zona erógena en este sentido). Ahora bien, en el desarrollo del niño se observan, según Freud, fases típicas que trascurren en una secuencia determinada, la misma para todos los individuos, y que se caracterizan por el predominio de determinada zona erógena.

## 2.4 El modelo de las fases del desarrollo psicosexual

««La vida sexual no comienza sólo con la pubertad sino que se instala poco después del nacimiento con exteriorizaciones nítidas» (Freud, 1894/1960, pág. 15). Si en el lenguaje corriente ««sexual»» se suele asimilar a «genital», Freud distingue con claridad estos conceptos: entiende la vida sexual en un sentido esencialmente más amplio, a saber, como la función global de la ganancia de placer desde las zonas del cuerpo (una función que sólo con posterioridad se pone al servicio de la reproducción). «Sexualidad» abarca, en consecuencia, la organización total de la libido.

### 2.4.1 Fases infantiles de la libido

El modelo de las fases postula que diferentes órganos, en una secuencia bien determinada, entran en escena unos después de otros como zonas erógenas: primero la boca (fase oral), después el ano (fase anal), luego el genital (masculino: fase fálica) y, trascurrida una fase de latencia, en la pubertad, los genitales (masculinos y femeninos: fase genital). En cada fase la ganancia de placer se concentra en variedades bien determinadas (p.ej., en conexión con ciertos objetos), que son definidas como fijaciones. Hasta esas fijaciones se retrocederá posteriormente, sobre todo en situaciones de crisis; estos retrocesos reciben el nombre de regresiones (cf. infra, para más precisiones). En paralelismo con estas fases se vivencia el complejo de Edipo -confrontación específica con el progenitor del mismo sexo y el del sexo opuesto (véase infra)-, que empero alcanza su punto culminante en la fase anal.

La fase oral se extiende más o menos por todo el primer año de vida. Su zona erógena es la boca y la satisfacción se liga al comienzo principalmente con la toma de alimento (la lactación, pero también el chupeteo del pecho materno). Con esto se configura además el primer vínculo de objeto. Desde la segunda mitad del primer año de vida estas exteriorizaciones pulsionales orales cobran fuerte autonomía y en lo sucesivo se pueden satisfacer también de manera autoerótica (p.ej., el chupeteo del pulgar). De acuerdo con las actividades de mamar y de morder, se distingue por añadidura una fase oral temprana (mamar) y una fase oral-sádica (morder).

En -la *fase anal* (también: *sádico-anal*), que va del segundo al tercer año de vida, entran en juego la función de la excreta y la satisfacción de las agresiones. El sadismo es considerado aquí como una mezcla pulsional de Eros y Tánatos. En esta fase interesa también la lucha en torno de las excretas, es decir, el entrenamiento para la limpieza: el ejercicio de poder por parte de los padres, ligado a esa educación, se contrapone a la vivencia del propio poder, por el hecho de que el niño puede dar o rehusar.

En la *fase fálica*, más o menos del cuarto al sexto año de vida, lo notable es que, según Freud, tiene eficacia sobre todo el genital masculino (el falo). Hoy se cuestiona mucho su concepción según la cual el genital femenino permanece ignoto por mucho tiempo y la niña reverencia ««la venerable teoría de la cloaca en su

intento de comprender los procesos sexuales), (Freud, 1894/1960, pág. 16). (P.ej., ya Karen Horney, Melanie Klein, Ernest Jones, entre otros, han atribuido a la niña una sexualidad específica desde el comienzo. El feminismo critica en particular, acerca de esto, que el psicoanálisis se haya concentrado con exclusividad en el pene como órgano sexual, dejando de lado ámbitos de una sexualidad típicamente femenina como la menstruación, el embarazo, el parto y el silencio; cf., p.ej., Irigaray, 1980; Hacker, 1983.)

En la fase de latencia que sigue a estas tres fases psicosexuales infantiles, los impulsos sexuales no desempeñan casi papel alguno; en cambio se configuran impulsiones sociales. Sólo en la fase genital que empieza con la pubertad vuelve a activarse plenamente la vida sexual; .en el caso común, se dirige entonces a un compañero del sexo opuesto ajeno a la familia.

### 2.4.2 *El complejo de Edipo*

El supuesto de Freud de que el pene es el único órgano genital en la fase fálica tiene mucha importancia para ciertos modelos explicativos del psicoanálisis: en la medida en que los dos sexos parten de la premisa de la universalidad del pene, la niña vive su «falta de pene» (o su inferioridad clitorisina) y desarrolla una «envidia del pene». En cambio, el varón desarrolla angustias de castración: «El inicia el quehacer manual con el pene, junto a unas fantasías simultáneas sobre algún quehacer sexual de este pene en relación con la madre, hasta que el efecto conjugado de una amenaza de castración y la visión de la falta de pene en la mujer le hacen experimentar el máximo trauma de su vida» (Freud, 1894/1960, pág. 16).

En esta línea se sitúa el «complejo de Edipo» (así llamado por el héroe de la tragedia de Sófocles Edipo *Rey*, quien sin saberlo mató a su padre y casó con su madre). El varoncito, desde muy pequeño, establece una ligazón libidinosa con la madre; del padre, en cambio, se apodera al comienzo por vía de identificación. El complejo de Edipo se desarrolla por el refuerzo de los deseos sexuales dirigidos a la madre y el conocimiento de que el padre los contraría: la identificación-padre adquiere entonces una tonalidad hostil, nace «el deseo de eliminar al padre para sustituirlo ante la madre» y poder realizar su «aspiración tierna de objeto». A causa de las angustias de castración y de la inviabilidad de los deseos edípicos, el complejo de Edipo se disuelve (o «sucumbe», lo que caracteriza mejor el carácter de la represión) para reanimarse en la pubertad.

La concepción del complejo de Edipo para el caso de la niña fue modificada completamente por Freud (el concepto de «complejo» proviene de la terminología de C. G. Jung; la propuesta de este de hablar de un complejo de Electra para la niña, es decir, el «correspondiente» de Edipo en la saga griega, fue desautorizada de manera expresa por Freud): todavía hasta mediados de la década de 1920, este complejo se consideraba análogo al del varón, es decir, actitud libidinosa femenina hacia el padre y sustitución de la madre; después los procesos relacionados con el complejo de Edipo femenino sufrieron una complicación sustancial (cf., p.ej., «Algunas consecuencias de la diferencia anatómica entre los sexos», de 1925, o «Sobre la sexualidad femenina», de 1931). Por cierto que hoy se pone en tela de juicio la universalidad antropológico-etnológica que Freud atribuyó al complejo de Edipo (en *Tótem y tabú*, de 1913, desarrolló, p.ej., la idea del parricidio en la horda primordial). Además, ya señalamos que el valor que le atribuyó tal vez no fue del todo independiente del descubrimiento que él hizo en su autoanálisis de sus propios deseos libidinosos hacia su madre. Sin embargo, por lo menos muchos psicoanalistas «clásicos» (freudianos) siguen considerando el complejo de Edipo y las diversas formas de su resolución (p.ej., la represión) como un punto de referencia esencial de la psicopatología.

### 2.4.3 *Relaciones de objeto y narcisismo*

Si las mencionadas fases infantiles de la organización de la libido se caracterizan por el predominio de determinada zona erógena, de manera parecida se puede tomar como eje la relación de objeto. Se trata del objeto (persona o cosa) al que se dirige la libido. Por desdicha, también en este caso el empleo de los conceptos es muy poco uniforme entre los psicoanalistas y aun en la obra del propio Freud.

Con el término «autoerotismo» se suele designar la fase inicial (paralela a la fase oral temprana): la libido está dirigida sobre el cuerpo propio y encuentra satisfacción en la misma zona erógena (en este caso: la boca) sin necesitar de un objeto exterior. Pero en sentido más amplio, en fases posteriores se registra también esta autosatisfacción con independencia del objeto, el autoerotismo entendido como «placer de órgano» (el ejemplo típico es la masturbación). Este autoerotismo se transforma cada vez más (si el desarrollo es sano) en un amor de objeto a medida que la libido se vuelca sobre determinados objetos (por regla general es primero la madre, y finalmente el compañero heterosexual).

Entre autoerotismo y amor de objeto interpone Freud la fase de desarrollo del narcisismo (Narciso era, en la saga, un joven que se enamoró de su propia imagen especular). La libido está aquí dirigida por entero a la persona propia, y por cierto que al yo propio. En el autoerotismo este yo aún no está configurado y la libido se relaciona sólo con la zona erógena propia (de ahí: «placer de órgano»); en el narcisismo, en cambio, se trata de «libido yoica», de la investidura del yo propio con libido.

En los trabajos posteriores de Freud (hacia la mitad de la década de 1920), la diferencia entre «autoerotismo» y «narcisismo» fue sustituida en buena parte por la diferencia entre «narcisismo primario» y «narcisismo secundario». El primero designa un estadio del desarrollo que es anterior a la formación del yo, y cuyo modelo es la vida intrauterina, la total inmersión en el cuerpo materno. Según Laplanche y Pontalis (1972), «en el pensamiento psicoanalítico predomina hoy en general [ . . . ] la idea de que el narcisismo primario es un estado enteramente "anobjetal" o, por lo menos, indiferenciado, sin escisión entre un sujeto y su mundo exterior». Con «narcisismo secundario», Freud designa ahora la libido retirada de la investidura de objeto. El narcisismo secundario caracteriza entonces determinados estados de regresión (véase infra).

## 2.5 Conflicto, formación de síntoma y neurosis

Las diversas fases de desarrollo de las funciones sexuales no se relevan unas a otras limpiamente sino que se superponen y coexisten. Además, este proceso de desarrollo no siempre ocurre sin tropiezos. En este contexto, la perspectiva del «conflicto» es central para la teoría psicoanalítica de las neurosis.

El núcleo de todo conflicto está formado en principio por dos o más demandas o apetencias opuestas originadas en distintos ámbitos de la interioridad del individuo. P.ej., se pueden producir conflictos (según sea la perspectiva) entre las pulsiones o entre las instancias del aparato psíquico (véase supra) o entre deseo y defensa. Aquí defensa se debe entender como el conjunto de los procesos físicos y psíquicos destinados (es cierto que de manera inconciente por la mayor parte) a eliminar en lo posible los riesgos para la integridad del individuo y para el sentimiento de su propio valer.

Si el conflicto es demasiado grande o si la dinámica defensiva se malogra, aquello que fue objeto de la defensa se manifiesta en forma desfigurada como síntoma neurótico. En consecuencia, la formación de síntoma se debe concebir hasta cierto punto como un proceso específico de autocuración porque restablece un equilibrio de fuerzas: es verdad que en un nivel reducido y con un resultado que en definitiva es insatisfactorio. En principio las neurosis y sus síntomas se comprenden en el psicoanálisis como resultados de los intentos de llegar a un compromiso (al caso especial de las neurosis actuales, de etiología somática, nos hemos referido ya).

Las formas de la defensa guardan relación directa con el desarrollo psicosexual: inhibiciones de este desarrollo tienen por consecuencia después fijaciones de la libido a estados de fases anteriores, lo que determinará la estructura general de la personalidad y también la manera en que se intentará dominar las crisis sobrevinientes. Pero en lugar de producir una inhibición del desarrollo, un conflicto mal resuelto correspondiente a una fase puede hacer que ante dificultades reales la libido posteriormente retroceda hasta investiduras pregenitales tempranas (regresión). Esto se aplica también a personas que han alcanzado la organización genital plena.

Por medio de estas fijaciones/regresiones es explicada toda una serie de perturbaciones psíquicas, p.ej., la histeria y la neurosis de angustia como una regresión a la fase fálica, la neurosis obsesiva y de persecución como una regresión a la fase anal, la depresión como una regresión a la fase oral tardía, y la esquizofrenia, a la fase oral temprana (narcisismo primario).

En correspondencia con la fijación a determinadas fases, se pueden distinguir los siguientes tipos (ideales) de estructura de la personalidad y de maneras de enfrentar las crisis (los exponemos sólo esquemáticamente):

El tipo oral tiene una actitud exigente, apasionada, insaciable. Actividades orales, en particular comer, beber, fumar, pero también formas raras de hablar o movimientos amanerados de la boca se observan en medida no habitual. Otras características son un deficiente sentimiento del propio valer, escasa tolerancia a la frustración, una pasividad exigente.

El tipo anal experimenta una pasión compulsiva por la limpieza y un exagerado sentido del orden. Es pedante, pone el acento en los bienes materiales, habla circunstanciadamente y con detalles que no vienen al caso, y detrás de una adaptación sólo superficial esconde una resistencia pasiva y una oculta hostilidad a la intromisión de otros. A pesar de su afán de autonomía y gobierno sobre los demás, es dependiente del reconocimiento de otros.

El tipo fálico se caracteriza por su ambición y su actividad osada e impulsiva. Esta cualidad emprendedora concurre a ocultar su miedo a estas actividades. Las consecuencias de un malogrado dominio del complejo de Edipo, el cual alcanza su apogeo en la fase fálica, pueden ser que la persona se aparte de la sexualidad o que su

conducta se descamine en cuanto a los roles sexuales (p.ej., homosexualidad o, en la niña, un sesgo hacia la masculinidad).

De acuerdo con la diferenciación que hemos esbozado, en el tipo narcisista es preciso distinguir entre perturbación narcisista primaria y secundaria. En el primer caso, el individuo tiende a una conducta esquizoide, a no carecer de fronteras yoicas claras, a idealizaciones de la persona con la que está vinculado (que se truecan en resignación, odio o cinismo si media desengaño); por último, a la depresión y la despersonalización. Los narcisistas secundarios se caracterizan por la superficialidad de sus vínculos, por su actitud delatora, su tendencia fálico-exhibicionista y su afán de imponerse.

Las situaciones de conflicto que acabamos de esbozar -respecto de las cuales la constelación edípica ocupa una posición particular en el curso del desarrollo- exigen del yo una organización defensiva en la que se movilizan actitudes y mecanismos de defensa (que han sido elucidados sobre todo por Wilhelm Reich y Anna Freud, véase infra). (Señalemos que hoy ya no se atribuye esa posición central al conflicto edípico en la forma aquí expuesta sino que, por una parte, la perspectiva psicosexual de Freud se amplía al vínculo total del niño con sus padres y, por la otra, se toman en cuenta aspectos como dependencia/autonomía, autoestima, destete/frustración, etcétera.) En efecto, se considera que la primera infancia es decisiva como semilla para la génesis de las neurosis, aunque desde luego también en la edad adulta son cosa corriente los conflictos, p.ej., entre las tres instancias psíquicas. Ello se debe a que en aquel período la estructura-yo es todavía débil y se encuentra en el proceso de su desarrollo: «No es asombroso que el yo, mientras todavía es endeble, inacabado e incapaz de resistencia, fracase en el dominio de tareas que más tarde podría tramitar jugando» (Freud, 1972, pág. 42). Los conflictos infantiles son entonces los que llevan a un debilitamiento del yo, a las posturas defensivas y represiones características, y son ellos los que se reactivan en la formación del síntoma neurótico. Por eso no es sino una consecuencia lógica de esta teoría de las neurosis que en el psicoanálisis como técnica de tratamiento se coloque en el centro de la terapia el trabajo defensivo del yo y, en consecuencia, lo reprimido y la resistencia frente al recuerdo de lo reprimido.

Ya señalamos que en este campo fue Anna Freud quien, en 1936, ofreció una enumeración y descripción de los mecanismos de defensa; enunciaremos los diez mecanismos defensivos del yo mencionados por ella, y trataremos de elucidar su significado con una frase (cf. A. Freud, 1964), salvo en el caso de los dos primeros, que ya hemos explicado:

1. Represión.
2. Regresión.
3. Formación reactiva: es una conducta que representa la reacción a un deseo reprimido de significado contrario (p.ej., vergüenza como reacción a deseos exhibicionistas).
4. Aislamiento: segregación de ciertos pensamientos o conductas del resto de la persona.
5. Anulación de lo acontecido: obrar como si ciertos pensamientos, deseos, acciones, etc., no hubieran acontecido; se suele asociar con acciones obsesivas y rituales (de significado contrario), p.ej., compulsión de lavarse.
6. Proyección: atribuir a otro los propios sentimientos, deseos, pensamientos (p.ej., «él me odia).
7. Introyección: lo opuesto de 6; incorporación de objetos, de pensamientos ajenos, etcétera.
8. Vuelta sobre la persona propia: sustitución de un objeto ajeno por la persona propia, p.ej., agresión dirigida a uno mismo.
9. Trastorno en lo contrario: mudanza de la meta de una pulsión en su contrario con inversión de actividad/pasividad, p.ej., vuelta del sadismo en masoquismo.
10. Sublimación: desplazamiento de deseos/recuerdos sobre otros objetos.

## 2.6 La situación terapéutica

Acerca de la técnica psicoanalítica ya hemos dicho algo: el aspecto esencial del análisis según Freud es que el terapeuta se alía con el yo del paciente, que está debilitado por el ello y el superyó, a fin de liberar lo reprimido; esto conduce al «pacto» que se establece sobre la base de la llamada «regla fundamental. El núcleo de este pacto que el terapeuta establece con el yo del paciente contiene el requisito de que la persona debe exteriorizar todo lo que se le vaya ocurriendo, no importa si le parece trivial, insensato o penoso, ni tampoco si los contenidos se refieren a la situación terapéutica misma, a vivencias del pasado o a temores para el futuro. Indudablemente, el terapeuta promete -como en cualquier otra forma de terapia, por lo demás- total discreción.

Esto nos dice que el yo, no obstante sus insuficiencias, tiene que encontrarse intacto por lo menos lo bastante para cumplir ese pacto. Por eso Freud considera indicado el análisis sólo de neuróticos, no de psicóticos: en estos el yo está demasiado deformado y no puede ser aliado del terapeuta. Señalemos aquí que hoy existen analistas que tratan a pacientes psicóticos; como ya lo mencionamos, en estos casos, si quieren producir un crecimiento logrado, deben tomar a su cargo la tarea complementaria de apoyar al yo deformado (la llamada «pos-socialización»), y también ciertas funciones yoicas. Esto los obliga a infringir algunos aspectos de la «regla de abstinencia»; de ordinario esta ordena al terapeuta prescindir de todo actuar y de toda valoración respecto del paciente, en lo que se incluyen, en particular, las formas indirectas de consuelo: apaciguamiento, consejo, adoctrinamiento, etcétera.

En el «encuadre» típico, el paciente yace en un diván, con el analista sentado detrás. El paciente no puede ver al analista y se encuentra en una posición distendida, semejante a la de un niño pequeño; esto persigue el propósito de facilitar las tendencias regresivas, el recuerdo del material correspondiente, la declaración de asociaciones aunque sean penosas y agobiantes, así como -lo que es muy importante- el desarrollo de la transferencia. El terapeuta en lo posible sale al encuentro del «material» del paciente con una «atención parejamente flotante», es decir, se mantiene receptivo hacia todos los aspectos por igual.

En la situación así caracterizada, el paciente produce un material que en determinada proporción sortea la usual autocrítica del yo (y del superyó) y que puede ser sometido a interpretación como retoño directo del inconciente reprimido. En este proceso se destaca en particular el material de los sueños porque en ellos es traído a la luz un material inconciente.

## 2.7 Sueño e interpretación

Freud presupone que el ello inconciente tiene una participación esencial en la formación del sueño; en particular, en este se reproducen impresiones de la primera infancia y otras escenas parcialmente olvidadas, si bien desfiguradas la mayoría de las veces. Pero, además, partes del sueño provienen del yo, y otros contenidos, que según Freud no se han podido originar en vivencias infantiles ni en la vida adulta, pertenecen a la «herencia arcaica» (aspecto este último que en la psicología de los complejos de C. G. Jung desempeña un papel más importante; cf. el capítulo 4).

El sueño es caracterizado por Freud como «guardián del dormir»: el yo contrapone un cumplimiento de deseo inocente a necesidades y exigencias que lo obligarían a despertar, p.ej., si el dormido experimenta hambre, sueña que come y se apacigua. (Sin embargo, el durmiente despierta si la presión es demasiado grande.) Estas demandas provienen sobre todo del ello, es decir, de lo inconciente, donde permanecieron logradamente reprimidas en el estado de vigilia. Pero en el estado del dormir conocen gracias al sueño un cumplimiento de deseo en forma desfigurada y, por eso, relativamente inocente; así el yo consigue preservar el dormir. Los diversos mecanismos por los cuales «el pensamiento onírico latente primario» (es decir, el impulso del ello) es transformado por medio de aquella desfiguración en «el contenido onírico manifiesto», son:

- a. desplazamiento: un elemento de una situación es sustituido por otro, casi siempre más «neutro».
- b. condensación: un elemento del sueño manifiesto suele absorber a varios elementos de los pensamientos oníricos latentes, y
- c. composición lógica y figural: con frecuencia detalles inconciliables desde el punto de vista lógico coexisten o se vuelven manifiestos como símbolos figurales.

Para el trabajo de interpretación en general, y para el aplicado al material de los sueños, no existen interpretaciones «universalmente válidas». Por desdicha, el propio Freud dio pie a ese malentendido al comienzo, cuando llegó a publicar catálogos de símbolos. Al contrario: en el proceso de interpretación, paciente y terapeuta colaboran para dilucidar el significado inconciente; además, este es un proceso prolongado en el que se van desechando las hipótesis primeramente formadas. En conjunto se trata más de una reconstrucción e intelección de la dinámica del conflicto de la temprana infancia -base de la perturbación- que de una atribución biunívoca entre elementos y su significado. Puesto que, según ya lo señalamos, el conflicto se manifiesta sobre todo en modalidades características de defensa, en el trabajo interpretativo de los contenidos hay que analizar esas modalidades defensivas o «resistencias» más que empeñarse en una interpretación simbólica de los contenidos mismos.

Además de a) las interpretaciones, las intervenciones más importantes del terapeuta en el análisis (nos apoyamos en Hoffmann, 1983) son: b) instrucciones sobre el procedimiento analítico; c) confrontaciones por medio de las

cuales se obtiene que el paciente se dé cuenta de su conducta (en el sentido más lato); d) esclarecimientos en que el tema es elaborado por medio de preguntas precisas, semejantes a la confrontación; e) reelaboraciones, que introducen el cambio tras la intelección que el paciente obtiene de cierto nexos, y f) reconstrucciones de lagunas en el material del paciente, de algo que está reprimido pero que corresponde, sin embargo, al cuadro total del conflicto y de sus síntomas.

## 2.8 Resistencia, transferencia y contratransferencia

Dada la dinámica antes esbozada, que está en la base de la formación de síntomas, es comprensible que el paciente, aunque acepte la regla fundamental y desee ser asistido y mejorar, oponga resistencias al trabajo exploratorio del terapeuta: si en definitiva la formación de síntoma es un compromiso entre conflicto y organización de la defensa, que a despecho del resultado insatisfactorio -por el cual sufre el paciente- ha producido cierto equilibrio, todo descubrimiento de lo inconciente y la reanimación consiguiente del conflicto es una situación dolorosa y significa una pérdida temporal de estabilidad (mejor: de pseudo estabilidad) del sistema total.

La resistencia en la terapia se vale comúnmente de aquellas pautas que son características de la organización defensiva general del paciente (véase supra, 2.5), puesto que su fin es el mismo: evitar que e) conflicto reprimido se haga conciente. Entonces, la forma de las resistencias proporciona importantes indicios sobre el conflicto que está en la base de la neurosis y sobre sus contenidos reprimidos. Ya mencionamos brevemente la importante tipología de los mecanismos de defensa elaborada por Anna Freud (1936); una tipología un poco distinta presentó en 1933 Wilhelm Reich bajo la forma de estructuras de carácter (no son otra cosa que estructuras defensivas). Una de las clasificaciones más importantes de las resistencias se debe a Sandler, Dare y Holder (1973). Además de las formas generales que son análogas a los mecanismos de defensa, se incluyen entre las resistencias «medidas de boicot» (inconcientes) específicas de la terapia: guardar silencio, llegar tarde, decir lo importante al final de la sesión, en el momento de partir, etcétera.

La ««transferencia»» fue calificada por Freud al comienzo como la resistencia más intensa. Se trata de unos sentimientos del paciente hacia el analista que no están fundados en la situación real sino que provienen de vínculos anteriores y se reaniman simplemente en la situación analítica. Hoffmann (1983) señala que se discute la amplitud del concepto de transferencia: de sentimientos que no rebasan los estrictos límites de la neurosis, a un fenómeno general (cf. también el examen de este tema en Petzold, 1982).

Pero, comoquiera que sea: justamente en la transferencia se manifiestan los nexos entre las resistencias y las modalidades generales de acción, vivencia y percepción dentro de la situación terapéutica. Por eso la transferencia en manera alguna es indeseada, sino que se la considera el más importante instrumento para tomar noticia de lo reprimido. En efecto, el paciente actúa, se puede decir, un fragmento de su historia al que de otro modo no tiene acceso. (En cambio, fuera de la transferencia es en sumo grado indeseable actuar en lugar de recordar; el terapeuta tiene que contrarrestar esta compulsión de repetición.) Además, dice Freud (1972), cuando en virtud de la transferencia el paciente ve en el terapeuta prácticamente el retorno de una figura parental, le confiere también el poder que en el origen se concedió al superyó sobre el yo, lo que se puede aprovechar para una poseeducación positiva del neurótico.

Complementaria de la transferencia es la llamada contratransferencia: sobre la base de la «actitud analítica» exigida del terapeuta hacia el paciente (sobre todo, pasividad en principio, atención libremente flotante y consideración benévola), durante mucho tiempo se creyó que eran factores perturbadores unos sentimientos de ira, aburrimiento, desinterés, compasión excesiva, que pudieran sobrevenir al terapeuta; se entendía que disminuían la objetividad del analista y, por eso, la efectividad de la terapia. Pero sobre todo por obra de Ferenczi la cotitransferencia llegó a ser considerada un instrumento importante en la relación terapeuta-cliente y hoy sigue desempeñando un papel central. No se trata desde luego de una actuación desinhibida de sentimientos terapéuticos sino que la contratransferencia es la reacción no neurótica del analista a la transferencia de sus pacientes.

Justamente el fenómeno de la contratransferencia señala la necesidad de que el terapeuta se haya sometido él mismo a una terapia (por lo general, a un «análisis didáctico»). Esto le permitirá aclarar y, en parte, eliminar tendencias neuróticas (hasta perturbaciones), deformaciones de la percepción, etc. También la «regla de abstinencia» (véase supra) cobra realce a la luz de la contratransferencia: precave al psicoanalista de actuar hacia el paciente siguiendo motivaciones propias o aun modelos patógenos de conducta, o de adoptar un rol que aquel pudiera querer imponerle.

### 3. La psicología individual (Adler)

*No fue una designación feliz la de «psicología individual» que en 1912 adoptó Alfred Adler (1870-1937) para su corriente psicoterapéutica. En efecto, esta se singularizó por destacar los aspectos sociopsicológicos del desarrollo y la variabilidad de las perturbaciones psíquicas; por lo tanto, en manera alguna se reducía a una perspectiva puramente individual. Pero como médico que era, Adler no sabía que el concepto de «psicología individual» ya había sido empleado en la psicología para caracterizar justamente lo opuesto de una psicología social. Lo que él pretendió al adoptar aquella designación fue deslindarse de abordajes en los que la personalidad era descompuesta en elementos singulares (pulsiones o instancias), es decir que en particular se quiso deslindar del psicoanálisis (después de 1911; véase infra).*

*En lugar de buscar una articulación tópica de la psique en diversos dominios o instancias, la psicología individual insiste en la unidad y la totalidad indivisibles de la persona, y en la singularidad del individuo. Adler destacaba además la capacidad del organismo para crecer y desarrollarse, sobre todo en el afán de superar defectos (determinadas «inferioridades de órgano»; véase infra). En vista de esta orientación de principio, se puede ver en Adler a uno de los precursores importantes de la psicología humanista (cf. el capítulo 12). El desarrollo de la personalidad, que en Freud aparece dominado por pulsiones y conflictos interiores (es cierto que en cotejo con el ambiente), se consume según Adler en medida mucho mayor dentro del campo de tensión que opone las dotes individuales y las exigencias sociales (véase infra).*

*No obstante que colaboró estrechamente con Freud durante casi una década (1902-1911) y fue presidente de la Asociación Psicoanalítica de Viena (1910), no se lo puede considerar discípulo de aquel en sentido estricto; en efecto, antes de ese período de colaboración y en su trascurso sostuvo una concepción propia que realizaba en particular los aspectos sociales. Ya en 1898 apareció su *Manual de higiene para el gremio de los sastres*, obra de medicina social en que procuraba describir los nexos entre situación económica y patología.*

*En 1907 publicó su *Estudio sobre las inferioridades de órgano*, donde se expresan con claridad aspectos de la posterior concepción adleriana (véase infra). No obstante, produjo esta obra durante un breve periodo creador en el que, influido por Freud, adoptó puntos de vista fuertemente biológicos (más o menos de 1906 a 1910). P.ej., atribuía a cada órgano singular determinadas pulsiones (.o «instintos»). Pero ya en 1908 elaboró, en oposición a Freud, el concepto de «pulsión de agresión», que en el psicoanálisis se introdujo y cobró importancia sólo después, transcurrida más de una década, en la forma de la «pulsión de muerte» (cf. el capítulo 2). Adler rompió abiertamente con Freud y fue excluido de la Asociación Psicoanalítica de Viena en 1911, tras tomar distancia de la teoría de la libido en tres conferencias que pronunció sobre el tema «Para una crítica de la teoría sexual freudiana de la vida anímica».*

*Las diferencias de concepción teórica de Freud y Adler guardan relación directa con su estilo de vida personal. Jakoby (1983, pág. 22) señala que Freud valoraba un estilo de vida distinguido y tenía una inclinación aristocrática. Sus pacientes provenían casi todos de los estratos acomodados, que difícilmente tuvieran más problemas que los sexuales. En cambio, Adler era el segundo de una familia de seis hijos, y nació y se crió en los arrabales de Viena; sus padres pertenecían a la clase media baja. En su época de estudiante se relacionó con las ideas marxistas y socialistas, y en 1897 casó con la socialista rusa Raissa Epstein, quien en el período previo al estallido de la Primera Guerra Mundial mantuvo lazos de amistad con la esposa de Trotsky (este residió en Viena*

entre 1907 y 1914). Sus pacientes provenían más bien de las clases medias, en las que prevalecían los problemas determinados por la situación social y el bienestar económico.

Mencionemos por último la mala salud de Adler cuando niño, que influyó sobre sus ideas terapéuticas: era raquítico, enfermizo, padecía de asma con ataques de ahogo. «Su madre lo mimó mucho a causa de esas dolencias» (Seelmann, 1982, pág. 9). Sin duda que estas dos circunstancias gravitaron en las tesis de la psicología individual sobre la disminución física y sobre el estilo educacional consentidor (véase *infra*).

Después de haber pasado casi toda su vida en Viena, también Adler debió emigrar a los Estados Unidos en 1934 a causa de la expansión del nacional-socialismo, sobre todo porque el gobierno de Dollfuss cerró todos sus institutos de asesoramiento educativo. Tras la muerte de Adler, sus dos hijos, Alexandra y Kurt, continuaron en los Estados Unidos la obra de su padre (la segunda hija, Valentine, había emigrado a la Unión Soviética junto con su marido, donde en 1937, víctima de una de las «purgas» de Stalin, murió en la cárcel).

Del mismo modo como el psicoanálisis se siguió enseñando disimuladamente en Alemania durante el gobierno nazi bajo el título de «psicología del desarrollo», la psicología individual de Adler fue rebautizada «psicología comunitaria», nombre este que siguieron empleando en sus elaboraciones ulteriores Leonhard Seif y Fritz Künkel.

Las nociones centrales de la psicología individual son «sentimiento de inferioridad», al que se contraponen la «necesidad de hacerse valer» (y el afán de hacerse valer, que de ella resulta), «estilo de vida» y «plan de vida», en los que se expresan las estrategias inconcientes del individuo en su trato con el ambiente. El objetivo por alcanzar es el «sentimiento de comunidad», que despunta al término de un desarrollo psicosocial logrado o de una psicoterapia. En lo que sigue elucidaremos estos conceptos.

### 3.1 Sentimiento de inferioridad y afán de hacerse valer

Como ya dijimos, Adler no compartía la opinión de Freud de que la causa del desarrollo de las neurosis eran conflictos sexuales o luchas entre las instancias psíquicas ello, yo y superyó y, como último recurso, la represión de exigencias sexuales a lo inconciente. Lo «inconciente» aparece poco en Adler como sustantivo; las más de las veces es sólo atributo, p.ej., en expresiones compuestas como «plan inconciente de vida» (véase *infra*). Adler daba interpretación simbólica a los recuerdos sexuales infantiles de que Freud informa con relación a sus pacientes, así como de sus deseos y angustias de castración (p.ej., ser objeto de apropiación simbólica por los padres, o el símbolo de sentirse despojado de virilidad). Según él, los síntomas neuróticos se desarrollan a modo de defensa frente a reclamos del ambiente. Su punto de partida es el sentimiento de inferioridad.

Al comienzo, cuando estaba muy inmerso en la tradición de los modelos de pensamiento médico y biológico, Adler discernía el núcleo de ese sentimiento de inferioridad en defectos orgánicos innatos, reales (p.ej., de la estructura ósea, del corazón, del tracto gastrointestinal, del sistema nervioso). La consecuencia de estos era una menor capacidad de rendimiento y una afrenta inferida a la autoestima. Pero después tomó cada vez más en consideración aspectos (socio)psicológicos, p.ej, un estilo pedagógico sobreprotector o una posición desfavorable en la serie de los hermanos.

Pero ya el recién nacido, venido a un mundo de adultos más fuertes, más grandes y más competentes, experimenta su desvalimiento a causa de su impotencia y pequeñez. Este sentimiento no hace sino reforzarse al comienzo, cuando el niño aprende a distinguir entre él y los objetos, y a comprender el mundo exterior: comprueba cada vez con más frecuencia que sus recursos raramente alcanzan para servirse de esos objetos en la medida de sus deseos. En su comparación con el adulto, experimenta entonces su debilidad y su dependencia de quienes lo cuidan.

A esta vivencia de inferioridad se contraponen la tendencia simultánea a compensar ese sentimiento: el afán de hacerse valer. Se trata de una tendencia a afirmar la autoestima, de una aspiración hacia lo alto, que brota de una protesta contra el sentimiento de inferioridad. Esta compensación es por lo tanto un proceso humano universal, no patológico, como lo señala Seidel (1983). Ciertas disminuciones físicas pueden llevar al individuo a producir particulares logros como sobrecompensación, para reafirmar su habilidad; Adler en sus escritos suele mencionar el ejemplo de Demóstenes, quien no podía pronunciar la «l» pero se ejercitó tanto con guijarros en la boca que llegó a ser el más famoso orador de Grecia; también, al poeta Byron, que tenía un pie baldado pero se convirtió en el mejor deportista de su colegio, y a una serie de personajes famosos disminuidos justamente para su quehacer y que por eso alcanzaron grandes logros por medio de una ejercitación empeñosa, casi como respuesta al desafío del destino (cf. Jakoby, 1983, págs. 42 y sigs.).

Pero el sentimiento de inferioridad puede ser reforzado además por factores sociales o económicos. Por una parte, influyen en esto la situación material y el status de la familia, que instilan en el niño (por la mediación de sus padres) el deseo de hacerse valer y de «ser mejor». Por la otra, Adler atribuye un papel importante a la posición dentro de la serie (le hermanos: el primogénito ha podido hacer la experiencia de que es más grande, más inteligente o más fuerte que los otros. Por eso tiende a ser equilibrado y propende a actitudes conservadoras

(porque tiene poco interés en producir cambios en aquella experiencia). El segundo hijo presenta una marcada tendencia a cotejarse con el mayor y después desarrolla la necesidad de medir fuerzas con un contrincante o bien, desengañado, se refugia en el papel del envidioso. El más pequeño tiene que alcanzar a los otros. En muchos cuentos tradicionales y mitos es justamente este, el menor y más pequeño, el que en definitiva los sobrepasa a todos. Muy problemática ve Adler la situación del hijo único, a menudo malcriado y mimado, de manera que desarrolla una exigencia de atención permanente de parte de otros.

A las posiciones dentro de la serie de los hermanos se suma como elemento diferenciador el papel de los sexos, p.ej., no es lo mismo que los dos hermanos mayores de un tercero sean ambos varones, ambas mujeres, o uno varón y la otra mujer. Señalemos que estos esquemas que Adler propuso a manera de puntos de partida generales toman a veces formas absurdas y aun grotescas en el marco de las investigaciones modernas de la «constelación familiar» realizadas por medio de análisis cuantitativos estadísticos (en muchos casos con empleo abusivo del «test de significación» porque se correlaciona «todo con todo»); esto se hace contra lo indicado por el propio Adler, para quien la experiencia *subjetiva* de la constelación era más importante que la situación objetiva (puede existir un «niño primogénito típico» que objetivamente tenga un hermano mayor).

### 3.2 Estilo de vida, líneas rectoras y plan de vida

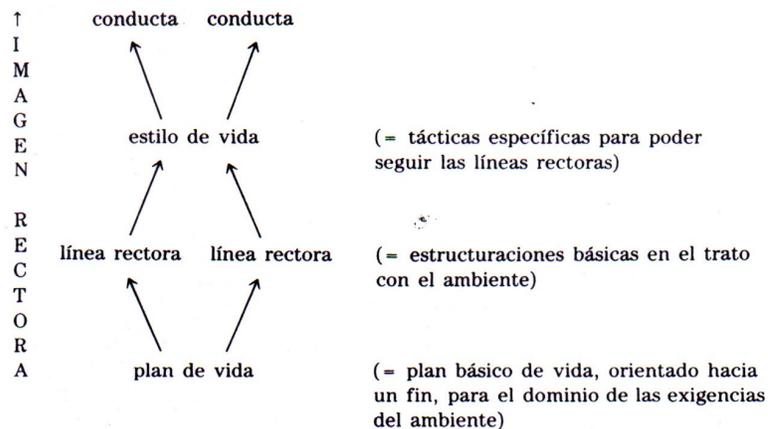
Apuntamos ya que desde las constelaciones de la primera infancia (complejión corporal, situación económica o social, posición dentro de la familia y, en particular, estilo pedagógico de los padres) se pueden desarrollar pautas y representaciones básicas para situarse frente al mundo y superar el sentimiento primario de inferioridad según las posibilidades dadas. A juicio de Adler, hacia el cuarto o quinto año ya se ha establecido esta forma de abordaje de las demandas del ambiente y del sentimiento de inferioridad; a esto llamó «estilo de vida».

Toda la concepción de Adler presenta una fuerte impronta teleológica, es decir que se orienta a descubrir aspectos funcionalistas, finalistas (en el sentido «el pájaro tiene alas para poder volar»). Por eso en la psicología individual no se plantea tanto la pregunta por las causas y los fundamentos («¿a qué se debe que . . . ?») como la pregunta por los fines y funciones («¿para qué sirve esto?»). (P.ej., «¿para qué siento angustia?» en lugar de ¿«por qué siento angustia?»; cf. sobre esto Schmidt, 1977.)

También el estilo de vida es entonces objeto de consideración teleológica, es decir que se mira por su función y su fin (inconciente). El estilo de vida permite al individuo alcanzar su meta, o sea, la imagen rectora para el dominio de las exigencias de su ambiente, y sentirse entonces dueño de sí. La conducta de los individuos y su específica manera de elaborar selectivamente las percepciones según «su conveniencia» («apercepción tendenciosa») están al servicio de su necesidad de afirmación. Son las «líneas rectoras» de su conducta las que se expresan en el estilo de vida.

Estas líneas rectoras, a su vez, representan otros tantos principios de acción para el cumplimiento de un plan básico de vida, por el cual el individuo orienta toda su existencia. El plan de vida es inconciente en la mayoría de los casos, o sea que no es el fruto de una planificación conciente: «El hombre no se propone esa finalidad, pero obra como si la persiguiera, y sólo así se pueden comprender sus actos» (Jakoby, 1983, pág. 39).

En el diagrama que sigue se muestran las relaciones entre plan de vida, línea rectora, estilo de vida y conducta.



Esquema 3.1

La línea que lleva del plan de vida a la conducta concreta se puede esbozar entonces de este modo: partiendo del plan de vida adquirido en la primera infancia, conque el niño toma posición frente al complejo total de sus condiciones corporales y su ambiente (unas y otro en su sentido más lato), el individuo elabora, «en su infatigable afán de superioridad» (Adler), líneas rectoras para su conducta. El estilo de vida es entonces el movimiento concreto del individuo a lo largo de estas líneas rectoras. Nosotros vemos en la superficie, en cada situación específica, una variada mezcla de comportamientos concretos, pero tras estos se esconde siempre el estilo de vida.

Esta concepción según la cual el ser humano obra con arreglo a sentido, de manera finalista, y según eso organiza enteramente su percepción y su conducta con miras a superar ciertos estados de falta es otra de las ideas que lo convierten en precursor de la psicología humanista (véase *supra*). La psicología individual se puede caracterizar entonces como una «psicología comprensiva profunda» (cf. Rattner, 1976) que no descompone al ser humano en factores aisladas que determinarían sus acciones (y su patología) por medio de influjos acordes con leyes causales, sino que intenta reconstruir su obrar (y su patología) remitiéndolo como un todo a su propio sistema de referencias, el estilo de vida (o el plan de vida que está en su base).

En este sentido, M. Titze (quien se ha distinguido en los países de lengua alemana por incorporar la psicología individual a las concepciones y procedimientos de la psicoterapia moderna; cf., p.ej., Titze, 1979) ha señalado que el estilo de vida en verdad abarca dos sistemas de referencias bien deslindados. Sobre la base de Adler (1982; primera publicación, 1927) distingue Titze (1984) entre un sistema de referencia «primario» y otro «secundario»:

*EL sistema de referencia primario*, que se desarrolla en la primera infancia, es privado, subjetivo, prejudicativo, centrado en el sentimiento, se vale con preferencia de símbolos analógicos (es por lo tanto figural, intuitivo, metafórico), se singulariza por juicios extremos y conclusiones generalizadoras y, de este modo, constituye la base de la conducta egoísta y el afán de superioridad personal. Este sistema de referencia es entonces «el niño pequeño en nosotros» (Adler).

*EL sistema de referencia secundario*, en cambio, se adquiere sólo en el curso de la socialización (y ya en el marco del sistema primario) por obra del compañero social. Es convencional, intersubjetivo, acorde a reglas, lógico y racional, se vale sobre todo de símbolos digitales (en consecuencia 'se centra en el lenguaje y la escritura, es abstracto y analítico). Está «descentrado de la esfera de la "egoidad" inmediata» (Titze) y de este modo constituye en su conjunto la base del sentimiento de comunidad (véase *infra*). Este sistema de referencia se puede caracterizar como «el adulto en nosotros» o como «conciencia moral».

Esta distinción clara de dos sistemas de referencia facilita una comprensión diferenciada del estilo de vida dentro del marco de la psicología individual, lo cual constituye un aspecto importante de la acción terapéutica (véase *infra*).

### 3.3 Sentimiento de comunidad y voluntad de poderío

«La investigación del estilo de vida -explica Adler (1973, pág. 37)- presupone en primer término tomar noticia de los problemas vitales y las exigencias que estos plantean al individuo [ . . . ] Se verá que su solución requiere cierto grado de sentimiento de comunidad, una adhesión a la vida en su conjunto, una capacidad de colaborar y convivir con el prójimo». Este sentimiento de comunidad es una noción central -si no *la* noción central- de la psicología individual: de acuerdo con las ideas del último Adler, que expusimos antes, el sentido de la evolución es una comunidad ideal. «El desarrollo pleno del ser humano en lo corporal y espiritual [es] asegurado del mejor modo cuando el individuo se inserta en el marco de la comunidad ideal, a la que es preciso aspirar, como miembro afanoso y activo» (1973, pág. 71).

Por eso, en este contexto, Adler considera que el sentimiento de inferioridad es enteramente positivo en la medida en que suscita el afán de superación; es «comparable con una tensión dolorosa que aspira a su solución». Este afán de hacerse valer y aspiración de poder --o, en otros términos, esta aspiración de afirmación y superioridad-, que constituye la compensación del sentimiento de inferioridad, promueve el desarrollo evolutivo, y a la humanidad en su conjunto, en la medida en que se pone al servicio de la comunidad y lleva a producir acciones sobresalientes dentro de esta. Del sentimiento de inferioridad se engendra, por lo tanto, la fuerza impulsora para todo progreso y todo logro cultural del ser humano. «Los miembros afanosos construyen y contribuyen al bienestar de la humanidad» (1973, pág. 72). Lo característico de la salud anímica es este sentimiento de comunidad que tiene expresión concreta en el interés demostrado por los asuntos del prójimo, por el trato y la colaboración con este en un pie de igualdad.

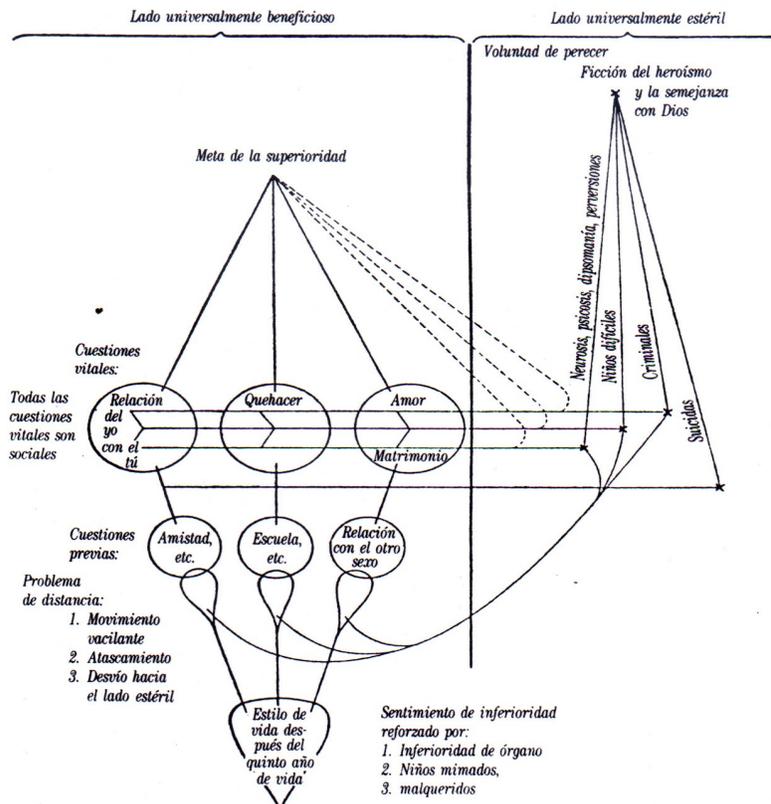
Las posibilidades para el desarrollo de este sentimiento de comunidad están dadas, según Adler, en el alma de todo niño. Lo esencial para esto es ante todo la relación con la madre, que es el primer «tú» con quien el niño construye un vínculo social. Este vínculo tiene que ser tal que el niño pueda experimentar ejemplarmente al otro confiable, y despierte su interés hacia los demás. Esta es, a juicio de Adler, la preparación más importante para las tareas de la vida.

Pero existen también niños insuficientemente preparados para esas tareas y en los que por lo tanto el sentimiento de comunidad no se desarrolla o lo hace sólo escasamente. Estos niños se interesan mucho más por su persona que por los demás porque «han crecido como en país enemigo» (Adler). Es el caso sobre todo de a) niños malqueridos, descuidados y sobreexigidos; pero también de b) aquellos que presentan grandes disminuciones de órgano y c) los malcriados, mimados, que a menudo están mal preparados para la vida: en los dos últimos casos, el niño puede concebir acerca de él mismo la idea «No estoy a la altura del mundo que me rodea, los adultos (o los demás) me tienen que ayudar», lo que lo volverá incapaz de asumir responsabilidades por sí mismo y de afirmarse. Tal vez aprenda en cambio a imponer su desvalimiento, a hacer que otros entren a su servicio, a tiranizarlos, etc. Pero en el primero de los casos enumerados puede ocurrir que la imagen rectora lleve a aspirar a un papel en que el niño se equipara con el adulto, domina y es cruel; entonces, de la aspiración positiva de hacerse valer al servicio de la comunidad se llega a la «voluntad de poderío», con la aspiración de superioridad personal.

En estos casos de desarrollo fallido de vivencia un sentimiento reforzado de inferioridad que no admite la compensación usual. Se genera, en cambio, un complejo de inferioridad que se intenta disimular, por sobrecompensación, con un complejo de superioridad. Este último -núcleo del hombre animado por la voluntad de poderío- aspira siempre a hacer brillar al individuo por encima de la comunidad.

La voluntad de poderío es por lo tanto producto de una defectuosa compensación del complejo de inferioridad; por medio de esta concepción Adler desenmascaró las ideologías dominantes de su época y a sus poderosos jefes (el nacional-socialismo con Hitler en Alemania, el fascismo con Mussolini en Italia y la dictadura comunista de Stalin en Rusia, cuya víctima fue la hija de Adler). La meta de la superioridad en estos casos no está al servicio del «lado universalmente beneficioso» del desarrollo si

*Lo normal y lo malogrado según la psicología individual*



(El dibujo es de Kurt Adler)

Esquema 3.2: Tomado de Adler, 1925 (no necesita -según su autor- explicación alguna complementaria)

no del «lado universalmente estéril», con la «voluntad de parecer», la ficción del heroísmo o la semejanza con Dios como meta rectora del desarrollo (cf. el esquema 3.2).

### 3.4 El arreglo de los síntomas neuróticos

Lo expuesto sobre la voluntad de poderío deja ver claramente que también la neurosis, en tanto resultado de un desarrollo fallido, se debe considerar según su función y su finalidad: tiene en su base igualmente una dinámica que aspira a una meta. En este sentido señala, p.ej., Metzger (1973a, pág. 16), en un prólogo a Adler, que «un síntoma no "se genera" inmediatamente, a consecuencia de cierta situación insoportable, sino que más bien se lo forma (casi siempre inconcientemente) y se lo ejercita porque resulta acorde a una determinada línea de vida y contribuye a la realización de aquello hacia lo cual esta se encamina de manera secreta, a veces incluso conciente».

Los síntomas neuróticos sirven casi siempre para cancelar la responsabilidad del individuo por su abdicación (siquiera parcial) de un campo de las exigencias de la vida, sin que sufra menoscabo la autoestima. Los síntomas tienen, por así decir, la tarea de impedir que la presunta inferioridad sea desenmascarada. La «apercepción tendenciosa», con la que también el no neurótico asegura sus líneas rectoras, alcanza en el neurótico una dimensión extrema: productos de la fantasía y ficciones se le corroboran, la efectiva realidad comunitaria se le difumina y se le presenta cada vez más bajo su pura interpretación subjetiva. Esto se liga con una lógica «privada» que permite al neurótico sustraerse parcialmente de las reglas de la comunidad. Esta «razón privada» no puede menos que parecer irracional a menos que se la comprenda desde el ángulo de mira del leit-motiv . . . que se convierte en «motivo de sufrimiento» [*Leid-Motiv*].

Como lo expusimos ya a raíz de la «voluntad de poderío», la inferioridad (temida o vivenciada) y la tendencia a la superioridad guardan relación estrecha. Adler (1974) criticó en este punto la «concepción vulgar» de las neurosis, que caracterizó con esta fórmula:

$$\text{Individuo} + \text{vivencias} + \text{medio} + \text{exigencias de la vida} \\ = \text{neurosis}$$

En el término «individuo» incluye «herencia», «compleción corporal (Kretschmer)», «presuntos componentes sexuales (Freud)», «introversión y extraversión (Jung)»; y en el término «vivencias», «las sexuales e incestuosas (Freud)».

A aquella fórmula contraponen la propia, que «se corresponde mejor con los puntos de vista expuestos y con la realidad»:

Esquema individual de apreciación (I + E + M) + X  
 = La superioridad como ideal de personalidad

donde la X se debe sustituir por un arreglo y por una construcción tendenciosa del material vivencial, de los rasgos de carácter, los afectos y los síntomas. La pregunta vital del neurótico no es «¿qué tengo que hacer para ajustarme a las exigencias de la comunidad y conquistarme de ese modo una existencia armónica?» sino «¿cómo tengo que organizar mi vida para satisfacer mi tendencia a la superioridad, para hacer que mi inalterable sentimiento de inferioridad se transforme en el de parecerme a Dios?». Con otras palabras: el único punto estable o que se piensa como algo fijo es «el ideal de personalidad» (Adler, 1974, pág. 57). En esto vuelve a manifestarse con particular claridad el finalismo de las concepciones de Adler.

Pero la neurosis elimina sólo en apariencia la posibilidad de un fracaso. El afán de superioridad y de poderío, que en este caso sirve a fines privados, va unido a la angustia de no lograrlo. Esto significa que la inseguridad soterrada permanece y en definitiva lleva a una crisis más honda porque el retiro a la privacidad hace que se atrofie todavía más el sentimiento comunitario. Los síntomas se expresan entonces en diversos arreglos que al cabo están siempre dirigidos contra los otros, en el intento de dominarlos y subordinarlos a los fines privados.

Supongamos que alguien no quiera abandonar su casa porque ello le provocaría mucha angustia, o que sufra de desvanecimientos o de dificultades respiratorias: todas las personas de su contorno social tendrán que subordinarse a sus síntomas. Compasión y miramientos son la ganancia; así se consigue evitar las acciones temidas pero que «uno desde luego produciría si no fuera por la enfermedad». No hay duda de que el afectado sufre, pero con su arreglo de síntomas prefiere ese padecer al sentimiento o al riesgo de mostrarse incapaz.

Ahora bien, en todo esto se debe ver una cuestión de grado, o sea que en el individuo «sano» procesos semejantes se presentan en ocasiones y en forma aminorada. Tampoco se puede decir que el neurótico haya perdido todo contacto con el mundo exterior o carezca de todo sentimiento de comunidad. Pero existe la posibilidad de un retraimiento todavía más serio de la realidad circundante y sus exigencias: Adler discierne en este punto una transición continua hacia las psicosis, en las que el individuo se retira enteramente a su privacidad, lo que suele ir asociado a un «auto-endiosamiento».

En relación con el individuo normal, el neurótico responde a modelos de conducta particularmente estereotipados, muy limitantes, orientados por ficciones, destinados a evitar lo que pudiera poner en descubierto su inferioridad y su fracaso. La neurosis, según la formulación de Adler, es la explotación de los síntomas sin conocimiento del propio paciente. Señalamos ya varias veces que la amplitud y la forma de esta explotación dependen de las experiencias tempranas. La psicología individual no concede significación a la cuestión de la herencia; más bien, según Adler, «todos los seres humanos tienen todas las capacidades».

El importante papel que en relación con esto desempeña el estilo pedagógico de los padres fue puesto de relieve por el discípulo de Adler, Fritz Künkel (1975; primera edición, 1929), sobre la base de cuatro «tipos básicos» de personalidad (en Adler encontramos tipos semejantes, aunque no presentados de esa manera sistemática):

Estilo pedagógico de los padres	Actividad del niño	
	intensa	débil
riguroso	NERON	TORPE
consentidor	ESTRELLA	GRILLO

Esquema 3.3

Se trata de casos típicos, es decir, de posiciones extremas de desarrollo fallido; en la vida cotidiana se nos presentan atemperados y en diversas formas mixtas: NERON, nombre escogido por aquel cruel emperador romano, es el caso del individuo dominado por la voluntad de poderío, obstinado, inmisericorde, despótico; intenta disimular su angustia propagando una angustia todavía mayor. TORPE lo hace todo indiestramente, no tiene confianza en sí mismo ni en sus posibilidades. Su inhabilidad casi conmovedora deja en manos del «destino» la responsabilidad del fracaso, y él mismo es alguien a quien es preciso «compadecer». ESTRELLA necesita de la admiración de todos, tiene que ser siempre el centro y corre detrás del reconocimiento, con el miedo permanente de que lo consideren disminuido si no es el mejor. El GRILLO, por último, ejerce poder sobre otros por medio de su sufrimiento; asistencia, compasión y cuidado es lo menos que puede pedir.

### 3.5 Principios de la terapia

La fuerte insistencia en la educación como potencial generadora del daño psíquico hizo que la psicología individual adquiriera importancia sobre todo en el campo del asesoramiento educativo. Era también la intención de Adler, quien ansiaba «educar al educador» para llegar en definitiva, a través de estos mediadores, a capas muy amplias de la población con un trabajo preventivo. Así, publicó con el título de *La psicología individual en la escuela* (1973x; primera edición, 1929) unas conferencias destinadas a maestros y educadores; y el segundo tomo de *La técnica de la psicología individual* (1974x; primera edición, 1930) lleva el subtítulo «El alma del escolar difícil», y en lo esencial contiene exposiciones de casos en el intento de ofrecer orientación al pedagogo y al maestro.

A juicio de Adler, una educación que prepare adecuadamente al niño para las tareas de la vida ahorrará en definitiva toda terapia. Para esto hace falta, en la primera infancia, calmar el hambre de ternura, amparo y calidez del recién nacido. En el período siguiente el principio capital de la educación es el amor (nunca el «mimo», que daña severamente la confianza del niño en sus propias fuerzas y, como ya dijimos, es uno de los principales responsables de un eventual desarrollo neurótico). Adler considera «bárbaros» los castigos corporales; tampoco es lícito imponer obediencia; por último, alabanzas y castigos se deben administrar con moderación.

Puesto que el núcleo del desarrollo humano está determinado por el sentimiento de inferioridad, alentar al cliente ocupa un lugar central dentro de los principios de la intervención terapéutica. Es preciso infundir en la persona confianza en sus capacidades y su valía, y promover estas; la «valía de la persona» va siempre encaminada hacia la comunidad. Es que el desmedido afán de demostrar valla sobresaliente frente a los demás produjo los efectos nocivos que movieron al paciente a demandar terapia. Al mismo tiempo es preciso animarlo a extender más y más su limitado campo de acción, a arrostrar el peligro de fracasar en ciertas situaciones sin que deba interpretar esto refiriéndolo a una inferioridad radical.

Este trabajo tiene como marco descubrir el plan de vida «erróneo» y tomar conciencia de él (Adler deduce los conceptos de «correcto» y «erróneo» del punto de vista normativo que expusimos antes, a saber, que la evolución del ser humano se encamina hacia la comunidad ideal). Esto lleva a investigar la finalidad funcional de los síntomas y echa luz sobre su fracaso último. Por regla general se desemboca en la revelación de una carencia de sentimiento comunitario; por eso en particular se exhorta al paciente a volcarse a los demás y a incluirse en la comunidad como miembro afanoso (véase supra).

Para investigar el plan de vida es preciso averiguar la constelación familiar, registrar problemas y conductas actuales, y evocar vivencias tempranas. En cuanto a estas, no importa su contenido de verdad, puesto que en el recuerdo y en la fantasía muchas cosas se presentan diferentes de lo que tal vez aconteció «en realidad». Más bien interesa lo actual de las experiencias expuestas aquí y ahora porque desde ellas (por la apercepción tendenciosa y el recuerdo) se trasluce el plan de vida con más claridad que en las situaciones reales.

Otro procedimiento para averiguar el plan de vida, el estilo de vida y el «esquema de apercepción individual» ligado a aquellos -en resumen: el sistema de referencias en su totalidad- es pesquisar los recuerdos de la infancia más temprana, las fantasías y ensoñaciones diurnas frecuentes, los cuentos predilectos. También se procura obtener un cuadro del estilo pedagógico de los padres y determinar «la divisa familiar» (cf. Titze, 1979). Un buen recurso es, además, «la pregunta de evitación» (Adler): «¿Qué emprendería usted si yo lo curara en un plazo breve?»; la respuesta contendrá indicaciones acerca de lo que se quiere evitar (inconcientemente) por medio de los síntomas actuales.

Junto a estos abordajes destinados a dilucidar el plan de vida por un camino más bien cognitivo, se presta atención a las posturas corporales, los gestos, el registro de voz. Adler propuso que el terapeuta imaginara por breve lapso estar en una pantomima, es decir que no reparara en las palabras sino que se concentrara en actitudes, gestos, etc., e intentara dilucidar desde estos los designios más profundos.

Pero la curación, explica Adler (1973, pág. 114), «sólo se puede lograr por caminos intelectuales: la comprensión cada vez más clara que el paciente alcanza sobre el error en que está, y el desarrollo de su sentimiento de comunidad». Este trabajo cognitivo destinado a modificar el estilo de vida es sin duda particularmente indicado cuando la perturbación se sitúa en el campo del «sistema de referencia secundario» (véase supra). Así, el desánimo, que para Adler constituye el aspecto central de toda neurosis, obedece a una defectuosa aceptación de sí: el sentimiento de inferioridad y un perfeccionismo del deber hacen que el individuo se viva a sí mismo como un perdedor permanente; «realza entonces -para tomar una expresión de la teoría de la Gestalt- su imperfección como "figura", y desplaza hacia el "fondo" sus capacidades, virtudes y excelencias latentes» (Titze, 1984, pág. 74). Para contrarrestar el «rigorismo de la conciencia morab -aspecto esencial del sistema de referencia secundario- se introduce, de acuerdo con Titze (1984), un «diálogo socrático» que lleva al absurdo la férrea necesidad de estas normas exageradas o, por lo menos, las pone en entredicho (encontramos este mismo procedimiento en la logoterapia de Frankl, cf. el capítulo 15, 1, y en la terapia racional-emotiva de Ellis, cf. el capítulo 11).

Los efectos de este trabajo lógico-cognitivo sólo se pueden hacer sentir dentro del sistema de referencia secundario, o sea, aquella parte del estilo de vida que está determinada por aspectos cognitivos, lógicos, digitales. En cuanto al sistema de referencia primario («el niño pequeño en nosotros», véase supra), se plantea el peligro de

que la resistencia se acrecienta todavía más porque una acción produce una reacción contraria, como lo señaló Adler. Pero el terapeuta puede «aliarse en un sentido conspirativo» con este «niño pequeño en el paciente», procedimiento que Titzze (p.ej., 1979) ha expuesto con todo detalle: para esto el terapeuta muestra al paciente que sus síntomas tienen cabal sentido como un medio para asegurar su existencia personal, son necesarios y por lo tanto también son racionales. En el caso de un paciente agorafóbico, le revelará «en absoluta confianza» que este es «el camino más seguro para evitar fracasos en el trabajo»; frente a una sintomatología histérica, señalará que «no existe mejor método para atraer la atención»; y si el paciente presenta síntomas de compulsión, puede indicar que este es «un intento genial de llevar al absurdo la compulsión de la vida cotidiana» (Titzze, 1984, pág. 77).

Este proceder, que se emplea también en otras variedades de terapia (p.ej., bajo la designación de «reencuadramiento», cf. el capítulo 19, 1.2), hace que aparezca de repente bajo una nueva luz lo que se suponía que era una debilidad o incapacidad. Por un lado, se le muestra al paciente su contribución activa en la sintomatología y su poderío como generador de acciones (de lo que se sigue inmediatamente, dentro de la técnica de infundir ánimo, que ya no está «expuesto» a sus síntomas sino que los produce, y que en principio, por lo tanto, podría actuar de manera diferente). Por otro lado, esta nueva interpretación destruye partes del sistema de «lógica privada» con que el paciente hasta entonces había logrado sustraerse de su responsabilidad.

Además, en la psicología individual el chiste y el humor se introducen como formas de intervención paradójica (cf. el capítulo 15, 1.3) a fin de socavar la lógica y el exagerado normativismo del neurótico en orden a su sistema de referencia secundario. En este sentido, Titzze indica, para conocimiento de otras escuelas terapéuticas (en particular, la terapia de la conducta y la terapia de la comunicación), que la psicología individual dispone de un vasto instrumental de técnicas paradójicas específicas. Justamente la definición de estas técnicas ha hecho que la psicología individual haya recibido atención cada vez mayor en el campo de la terapia clínica en años recientes en que floreció el asesoramiento socio-pedagógico.

#### 4. La psicología analítica (Jung)

En la mayoría de las exposiciones generales, Carl Gustav Jung (1875-1961) suele ser mencionado junto con Sigmund Freud y Alfred Adler; su «psicología analítica», el psicoanálisis y la psicología individual constituyen, en conjunto, las tres grandes escuelas clásicas de psicología profunda. En mayor medida aún que el psicoanálisis y la psicología individual, la psicología analítica se liga directamente con la obra y la biografía de su creador.

El abuelo de Jung había sido profesor de medicina en la Universidad de Basilea. El padre era sacerdote. En aquella ciudad hizo Jung sus estudios escolares y se recibió de médico. En 1900 se trasladó a Zurich, donde hasta 1909 trabajó bajo la dirección de Eugen Bleuler en la clínica psiquiátrica de la universidad, el «Burgholzli». Como Freud antes que él, Jung pasó algún tiempo en París junto a Pierre Janet (cf. el capítulo 1); es cierto que esto ocurrió bastante después, en 1902. Tras esto emprendió extensos trabajos teóricos y experimentales sobre la asociación: se suministraba al paciente una lista de palabras escogidas y se le daba la indicación de reaccionar lo más rápido posible con una palabra. Por el análisis de los tiempos de reacción, cuidadosamente registrados, en particular de aquellos que implicaban una llamativa demora, Jung descubrió grupos típicos de palabras, cargados con afecto, que llamó «complejos». (En el caso de los hombres, temas como «dinero», «ambición»; en el de las mujeres, «familia», «embarazo», etcétera.)

Jung ya había alcanzado fama internacional con estos «estudios diagnósticos sobre la asociación» (que el propio Freud caracterizó como un significativo puente entre psicoanálisis y psicología experimental) cuando en 1907 conoció a Sigmund Freud en Viena. Entonces se inició un intercambio personal y epistolar muy intenso, que duró todo un quinquenio (en 1909 Jung incluso acompañó a Freud en el viaje que este hizo por los Estados Unidos); pero Jung rechazó cada vez más ser considerado por Freud, veinte años mayor, su «discípulo» o su «hijo» (aunque fuera en el contexto de ser un «príncipe heredero» o un «heredero espiritual»).

En 1911, Jung fue nombrado presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, de la que él había sido cofundador. Pero poco después se insinuó la ruptura con Freud: en su libro *IVletamorfosis y símbolos de la libido* (1912), Jung utilizó el término «libido» en acepción ya mucho más amplia que Freud. Si este entendía la libido como la energía de la pulsión sexual, para Jung era una energía psíquica general cuyos aspectos sexuales desempeñaban un papel secundario. En esa misma obra, Jung presentaba el concepto de lo inconciente de manera muy distinta que Freud: no incluía sólo los contenidos reprimidos provenientes del vivenciar personal sino que se enriquecía en aspectos esenciales que se podían descubrir en todos los seres humanos en forma muy semejante, independientes del desarrollo personal del individuo. Jung abarcó estos fenómenos con la designación de «inconciente colectivo», cuyos contenidos son los llamados «prototipos» o «arquetipos» (véase infra). Freud llevó un fuerte ataque a este libro de Jung en el 4º Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional que se realizó en 1913 en Munich. Aunque Jung fue elegido presidente de la Asociación por otros dos años, enseguida sobrevino la ruptura definitiva.

En lo sucesivo, Jung llamó a su escuela de psicología profunda, que se fue apartando cada vez más del psicoanálisis, «psicología analítica» al comienzo, después empleó también la designación de «psicología compleja», pero en nuestros días el uso internacional ha vuelto a imponer aquel concepto de psicología analítica. En 1913 Jung abandonaría por dos décadas su actividad en la docencia universitaria para poder dedicarse por entero, junto a la prosecución de su práctica psicoterapéutica, a la exploración del inconciente.

Precisamente en conexión con el inconciente colectivo y la interrogación que de este deriva, a saber, si los arquetipos constituyen en realidad patrimonio universal de la humanidad o están ligados a ciertas diferenciaciones sociales y culturales, Jung emprendió en la década de 1920 largos viajes al extranjero; estas expediciones tuvieron por objeto sobre todo la investigación de la psicología de los llamados «primitivos». Estos viajes lo llevaron al Africa del Norte (1921), a visitar los indios pueblo de Arizona, y a Nuevo México (1924-1925), así como al África Oriental (1926). Además del refinamiento cada vez mayor de su doctrina del inconciente colectivo en función de sus investigaciones etnológicas y de psicología de la religión, Jung elaboró en estos años su segunda perspectiva central, «la individuación», referida a «la esencia y las formas de la vía del desarrollo psíquico», que «lleva propio Juñg: «No soy un taumaturgo. Me atengo exclusivamente a la experiencia [ . . . ] He tropezado con la mitología por casualidad [ . . . ] Un día, cuando aún trabajaba en la clínica, traté a un paciente esquizofrénico que me contó una rara visión. Pretendía que yo también la viera, pero mi torpeza no me lo permitió. Pensé: "Este hombre está loco, y yo soy normal; entonces su visión me tiene que dejar sin cuidado---. Pero no había de ser así [ . . . ] Me encontré después con un libro en que el erudito alemán A. Dieterich reproducía partes de un papiro mágico [ . . . ] y en la página 7 descubrí la visión de mi orate "palabra por palabra". Esto me causó impresión [ . . . ] No se trataba de una imagen sola, sino de toda una serie de imágenes y su concordancia literal» (Jung, 1975, pág. 49).

Es indiscutible el reconocimiento internacional que obtuvo Jung como psicoterapeuta y filósofo; varios doctorados *honoris causa*, la presidencia honoraria de la Sociedad Médica Alemana de Psicoterapia y parecidos títulos lo demuestran (aunque ya hemos consignado que en la época del gobierno nazi en Alemania se permitió algunos comentarios menos dignos sobre el «judío» Sigmund Freud). Este reconocimiento internacional de la persona y de la obra de Jung necesitó, ser destacado aquí porque en tiempos recientes algunas obras generales sobre psicoterapia parecen haber omitido adrede a Jung (p.ej., en el trabajo en dos tomos de Corsini, 1983, Jung y la psicología analítica se tratan en unas pocas frases al pasar).

## 4.1 Estructura y funciones de la psique

La concepción junguiana de la psique, sobre la cual se edifica su teoría de los tipos, se caracteriza por pares de conceptos polares (o, mejor, complementarios); entre otros, conciencia-inconciente, introversión-extraversión, pensamiento-sentimiento, sensación-intuición, *animas-animas*.

La psicología, a juicio de Jung, es ante todo una ciencia de la conciencia. Esta conciencia presenta diferentes grados de claridad; así, el yo-conciencia, en el sentido del «yo soy», se desarrolla relativamente tarde en la niñez, y cada noche recaemos en un estado de lo inconciente. Por eso Jung describe la conciencia de manera figural, p.ej., como una piel sobre un extenso campo inconciente cuyo alcance es ignoto y acerca de cuya naturaleza obtenemos en el mejor de los casos conclusiones indirectas «Pero es enteramente posible que en realidad las cosas no sean como las ve nuestra conciencia sino bien distintas», advierte Jung contra las inferencias apresuradas.

Conciencia e inconciente se relacionan entre sí por vía de compensación. Ya en sus Tavistock Lectures de 1935 (título alemán: «Ueber Grundlagen der analytischen Psychologie», 1975), Jung presentó la psique, sobre la base de esta relación compensatoria, como un sistema autorregulador que se puede comparar con los mecanismos homeostáticos del cuerpo. El límite entre conciencia e inconciencia es desplazable en cierta medida. El yo participa siempre de los dos campos, atrapa contenidos de lo inconciente e impresiones del mundo exterior. La conciencia se caracteriza en buena medida por su orientación hacia el mundo exterior; sólo tardíamente en la serie filogenética, según Jung, se ha desarrollado como una parte de lo inconciente.

En la obra que acabamos de citar, Jung distingue entre *ectopsique*, sistema de conexión entre los contenidos de la conciencia y las impresiones del ambiente, y *endopsique*, que es el sistema donde se conjugan los contenidos de la conciencia y los procesos que, según se puede conjeturar, discurren en lo inconciente. Atribuye cuatro funciones a cada uno de estos sistemas; a la ectopsique: sensación, pensamiento, sentimiento e intuición; a la endopsique: memoria, componentes subjetivos de las funciones conscientes, emociones y afectos, e invasiones. A pesar de que con posterioridad modificó en parte estos conceptos (la distinción entre ectopsique y endopsique no volverá a aparecer con ese deslinde conceptual), conviene elucidar brevemente las ocho funciones mencionadas (según Jung, 1975) para llegar a comprender mejor la teoría de los tipos y el dominio del «inconciente colectivo».

#### 4.1.1 Las funciones ectopsíquicas de la conciencia

Las funciones ectopsíquicas regulan o sostienen la orientación consciente en las relaciones con el mundo exterior:

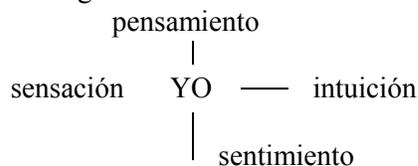
La *sensación* denota la suma total de los hechos exteriores percibidos; la sensación nos dice que algo es, y no lo que esto es.

El *pensamiento*, en cambio, nos dice lo que algo es, da a la cosa un nombre y es «percepción más juicio».

El *sentimiento* comunica el valor de las cosas. Toda sensación y todo pensamiento se ligan con ciertas reacciones de sentimiento, de suerte que los juicios de valor son parte integrante de una imagen completa del mundo.

La *intuición* es una propiedad por así decir profética, -inexplicable, que en particular establece relaciones con el pasado y el futuro. Es una función con la que es posible, figuradamente, «mirar del otro lado» (Jung). En la vida «normal», «civilizada», dentro de las cuatro paredes de la casa, esta función es poco aprovechada; pero cuando uno vive en condiciones naturales (como ciertos pueblos primitivos) o cuando uno se aventura en terrenos desconocidos, se ve librado a la intuición.

Pensamiento y sentimiento, por una parte, y sensación e intuición, por la otra, son funciones complementarias, lo que permite trazar la siguiente cruz de funciones en cuyo centro se encuentra el yo:



La complementariedad resulta del hecho de que sensación e intuición son funciones perceptivas, y «si uno quiere observar hechos objetivos (sensación) no puede al mismo tiempo "mirar del otro lado"». Análogamente, las funciones judicativas de pensamiento y sentimiento no se pueden ejercer de manera simultánea: el que quiere pensar con claridad tiene que dejar de lado el sentimiento y los valores afectivos, y si uno quiere experimentar sus sentimientos, el pensamiento estorba (empero, una y otra son, como se señaló, funciones judicativas: en el pensamiento se valora según «verdadero» y «falso», en el sentimiento, según «agradable» y «desagradable»). Es evidente que aplicando el modelo de la preferencia por determinadas funciones se puede establecer una tipología en el sentido de la psicología diferencial; más adelante volveremos sobre esto.

#### 4.1.2 Las funciones endopsíquicas de la conciencia

Las funciones endopsíquicas van dirigidas a los aspectos y procesos intrapsíquicos; son responsables de la relación con contenidos que no provienen directamente de influjos del ambiente a través de percepciones:

La *memoria* establece la conexión con cosas que han desaparecido de la conciencia, es decir que fueron dejadas de lado o reprimidas.

Los *componentes subjetivos de las funciones conscientes* son de difícil definición; dicho de manera aproximada, se trata de la inclinación a reaccionar de cierto modo, y esta inclinación depende de aspectos subjetivos que son inherentes a la sombra (véase *infra*), o sea, aquel lado de nuestra personalidad que apenas conocemos.

*Emociones y afectos* no son tanto funciones psíquicas cuanto acontecimientos que prácticamente derogan el control del yo. El hombre puede, llegado el caso, dominar sus reacciones, pero frente a las emociones genuinas no puede hacer nada.

Las *invasiones* se producen cuando la sombra, lo inconciente, se ha apropiado enteramente del gobierno y por eso irrumpe en la conciencia. Se trata de situaciones extraordinarias que empero no se pueden caracterizar irrestrictamente como patológicas (p.ej., Jung cuenta la inspiración artística entre estas irrupciones).

Por medio de estas funciones endopsíquicas, afirma Jung, el individuo entra en contacto con su inconciente. Los procesos inconcientes son inobservables por definición, pero se pueden establecer ciertas inferencias sobre la base de aquellos de sus productos (sueños, afectos, estados de ánimo, asociaciones) que trasponen los umbrales de la conciencia. Como sabemos, en este punto distingue Jung entre inconciente personal y colectivo (véase *infra*). Jolande Jacobi, que en 1939, con la aprobación de Jung, produjo una introducción sistemática a su obra (la citamos por Jacobi, 1978), divide el dominio de lo inconciente en cinco campos (no es difícil advertir que coinciden con las funciones endopsíquicas que hemos citado): 1) los recuerdos y 2) lo reprimido pertenecen al inconciente personal; 3) las emociones y 4) las invasiones pertenecen al inconciente colectivo, al que empero corresponde además una parte 5) que nunca se puede hacer consciente. Volveremos sobre el dominio del inconciente colectivo y sobre la noción, ligada a este, de los arquetipos; antes expondremos la doctrina de los tipos, deducida de las funciones ectopsíquicas.

## 4.2 La doctrina junguiana de los tipos

«Es un disparate clasificar a los seres humanos en categorías y aplicarles etiquetas» (Jung, 1975, pág. 27); no se lo podría expresar con mayor claridad, y sin embargo en obras de divulgación científica se suelen presentar los «tipos descubiertos por Jung» como si se tratara de hechos existentes. Hans-Jürgen Eysenck (1970) recoge la dimensión «extraversión-introversión» de Jung para elaborar su propia teoría de la personalidad, postula a modo de «causas» disposiciones heredadas y supone la existencia de un sustrato fisiológico en el sistema reticular ascendente, que refuerza las excitaciones nerviosas en el caso de los introvertidos: este punto de vista es diametralmente opuesto al de Jung, quien considera los tipos como meros rasgos orientadores destinados a facilitar una visión de conjunto de un vasto material empírico; si se quiere, se trata de muletas para uso de nuestra limitada inteligencia, que nos permiten abrirnos paso entre la complejidad de los fenómenos empíricos y entendernos por medio de una terminología compartida; pero en ningún caso se les puede atribuir cualidades ópticas.

Además, Jung insiste en que ha escogido sólo algunos puntos de vista entre muchos otros (p.ej., fuerza de voluntad, temperamento, riqueza de representaciones, etc.) que le han parecido particularmente útiles para esbozar una clasificación. Por lo tanto, cuando en lo que sigue hablamos del «extravertido», p.ej., entiéndase que no se trata sino de un giro lingüístico conveniente.

Con esta intención, Jung amplía la cruz de funciones que reprodujimos páginas antes, con sus dos dimensiones bipolares de funciones perceptivas (sensación e intuición) y de funciones judicativas (pensamiento y sentimiento), agregándole una tercera dimensión, a saber, las actitudes de extraversión e introversión. Esta dimensión caracteriza el grado de vuelco a los objetos del mundo exterior o del mundo interior, que coincide con la dirección de la energía psíquica (concepto que, como ya dijimos, amplía el de libido de Freud) y se manifiesta en la modalidad de las acciones y de las experiencias subjetivas.

El individuo extravertido se orienta más bien hacia los sucesos exteriores; su sentimiento, pensamiento y acción se vuelcan sobre objetos externos y normas de validez colectiva. En cambio, el introvertido vive dentro de su experiencia interior, se retrae del mundo exterior, los estímulos externos fácilmente lo abruman, y por ello se adapta mal al ambiente. Procura defenderse y asegurarse frente al mundo exterior; esto lo lleva a afirmarse en su propia posición. Además, extraversión e introversión son complementarias: en primer lugar, no se observan «tipos puros»; en segundo lugar, el individuo puede oscilar pendularmente entre esas dos formas y, por último, a una orientación extravertida de la conciencia corresponde una introvertida de lo inconciente, y a la inversa.

En total, estas tres dimensiones (funciones perceptivas, funciones judicativas y modos de la actitud) dan lugar a la constitución de ocho tipos psíquicos o, mejor, orientaciones de la psique. Todo individuo se puede caracterizar por su particular sello en estas dimensiones (en el sentido categorial ya elucidado). La función más marcada se llamará «función rectora» (o «función primaria», «función superior»). La función contrapuesta de esa misma dimensión se denominará «función inferior», que se sitúa en lo inconciente en su totalidad o, al menos, en su

mayor parte. De la misma manera, en las otras dos dimensiones se distinguirá entre «funciones auxiliares superiores» (que cooperan en la plasmación de la vida conciente) y «funciones auxiliares inferiores» (que permanecen en buena medida en lo inconciente).

Figuradamente se puede representar el cuerpo de la psique como una esfera en que tres diámetros son las tres dimensiones citadas, y que está sumergida hasta la mitad en el agua de lo inconciente. Lo inmerso en el agua reside en lo inconciente, y la porción libre del diámetro sería la función rectora. Sin embargo, en el curso de la vida la esfera puede girar por completo -en cuyo caso otras funciones determinarían el vivenciar y el actuar concientes- y también «salir a la luz» desde el agua en mayor o menor grado -en cuyo caso partes más o menos grandes de lo inconciente se volverán asequibles a la conciencia-. Teóricamente es concebible que la esfera salga por completo del agua, o sea que la psique íntegra del individuo sea perfectamente alcanzada por la luz de la conciencia; es la meta a la que aspira la individuación (véase infra). Pero en la práctica sólo es posible aproximarse a esta meta; si en un instante el individuo lograra conciencia plena, dejaría de ser un mortal normal.

De los ocho tipos que se pueden distinguir con arreglo a la plasmación de las funciones rectoras que ellos presentan (en el sentido de la pragmática lingüística anteriormente expuesta), Jung (1935-1975) describe los cuatro determinados por el juicio y la percepción más o menos en los siguientes términos:

En el tipo intelectual predomina la valoración según «verdadero» y «falso» y su mundo se ordena de acuerdo con claros principios lógicos. Pero si su pensamiento diferenciado lo pone a salvo, teme -con razón- a sus sentimientos indiferenciados. Está bajo el hechizo de las emociones, que a veces lo avasallan. En el tipo sentimental ocurre exactamente lo inverso: este tiene noticia diferenciada de sus sentimientos y puede salir airoso con ellos, pero es más bien impotente ante sus pensamientos, que se pueden convertir en ideas obsesivas si esta situación se exagera en el sentido de la neurosis. La función rectora, entonces, se deja gobernar en cada caso por la voluntad, mientras que la función inferior permanece indiferenciada aunque su presencia tiene igual fuerza y tiende a sustraerse del control voluntario.

El tipo intuitivo, por su parte, se siente más bien oprimido por la realidad. «Es un individuo que labra su campo y antes que la cosecha madure ya está en camino hacia un nuevo campo. Tiene campos labrados detrás, y siempre esperanzas nuevas delante, pero nada se concreta en la realidad» (Jung, 1975, pág. 26). El tipo sensible, en cambio, se siente mal cuando no tiene una realidad enfrente: «cuatro paredes en derredor» (Jung). Las cosas perceptibles de una realidad objetiva determinan su mundo de vida.

Ahora bien, cada uno de estos cuatro tipos se puede dividir según la dimensión «introvertido-extravertido». Señalemos una vez más que esta clasificación de tipos ideales prevé formas mixtas, sobre todo en virtud de las ya mencionadas «funciones auxiliares». Por último, el nexo de complementación entra conciencia e inconciente debe ser tomado en cuenta en cada caso. P.ej., en el tipo intelectual extravertido, lo inconciente está dominado por sentimientos introvertidos; todos estos son aspectos que salen a la luz en el paciente durante el análisis, en particular en el trabajo del sueño (véase infra).

### 4.3 El inconciente colectivo y los arquetipos

Como sabemos, Jung divide el inconciente en dos dominios: el inconciente personal y el colectivo. El primero coincide más o menos con el inconciente de Freud y contiene material cuyo origen personal se discierne con claridad: lo olvidado, reprimido, percibido subliminalmente, pensado y sentido. Pero existen además contenidos que no se pueden considerar adquiridos por la persona. Estos se distinguen por su carácter mitológico; son independientes de la cultura, de la raza o de la biografía personal, y comunes a toda la humanidad.

Ya mencionamos en nuestros párrafos introductorios las experiencias que llevaron a Jung a suponer la existencia de un inconciente colectivo, y también los extensos viajes que emprendió para estudiar representaciones y sueños de «primitivos» (y en los que, p.ej., descubrió en hombres de raza negra sueños cuyo contenido coincidía claramente con los de la mitología griega). Todo esto lo llevó a suponer que existían principios innatos de estructuración, de naturaleza filogenética, con arreglo a los cuales el inconciente colectivo producía pautas básicas supraindividuales. Estas imágenes primordiales colectivas son lo que Jung llama (inspirándose en San Agustín) «arquetipos».

A muchos empiristas puede sonarles rara la suposición de que existen unos arquetipos colectivos adquiridos y heredados. Pero si la psicología de laboratorio no ha extinguido en nosotros la capacidad-de asombrarnos ante la maravilla del desarrollo de una flor desde su semilla, o ante la tela de la araña o las migraciones de las aves, obligadamente nos sonará bien extraño que el cerebro humano, que es uno de los sistemas más complejos producidos por la naturaleza, funcione como un mero autómatas que aprende o que se rige por estímulos y reacciones.

Desde luego, Jung no creía que los arquetipos se heredaran «en tanto imágenes» -como tampoco las aves migratorias tienen en la cabeza un mapa del Mediterráneo, ni la araña, una imagen de su tela- sino que más bien intervienen principios básicos de estructuración que organizan según ciertas imágenes los elementos psíquicos cuando estos ingresan en la conciencia (lo que se asemeja a los principios de estructuración innatos de la teoría lingüística hoy dominante, la de Noam Chomsky, la llamada gramática de núcleos, o a los principios universales que informan la percepción según la psicología de la Gestalt). Que estas pautas básicas, en el sentido de principios de estructuración, se hayan adquirido en el curso del desarrollo filogenético no es más asombroso que el hecho de que las aves migratorias - igualmente en el curso del desarrollo filogenético, en las soledades del mar adquirirían el vuelo periódico y la «orientación geográfica». Parece necesario consignar aquí estas reflexiones porque la mayoría de los manuales de psicología, si es que toman en cuenta a Jung, califican de «especulaciones mitológicas» o de «teorías insostenibles» sus tesis sobre los arquetipos.

Dos de los arquetipos más importantes son animas y anima. Se trata de la experiencia, común a todos los seres humanos, del sexo contrario; o sea que en lo inconciente del varón se encuentra la imagen del anima, que contiene todo lo femenino, terreno, sentimental, creador, y que en el sueño las más de las veces se encarna como una mujer, mientras que la imagen del animas contiene, en lo inconciente de la mujer, todo lo masculino, lógico, lingüístico-racional, y se encarna en figura de un hombre. En consonancia con la complementariedad de conciencia e inconciente, aquí «hombre» y «mujer» no son estrictamente idénticos al sexo biológico: una mujer que en su vida consciente es emprendedora y ha desarrollado muchos rasgos masculinos tal vez esté dominada en lo inconciente más bien por el anima.

Otros arquetipos aparecen como motivos rectores en muchos cuentos: el héroe, el salvador, el dragón (o el monstruo), el mar, el sabio, el encantador, el paraíso, el infierno, etc. Si los sueños de un paciente están muy impregnados por arquetipos, puede ser indicio de que su yo no es capaz de protegerse suficientemente de las invasiones (en el sentido indicado; en este caso, invasiones del inconciente colectivo en la conciencia o, por lo menos, en la conciencia del sueño); se trataría de una debilidad del yo como la que se observa en los brotes psicóticos.

#### 4.4 Individuación

Como ocurre con todos los conceptos centrales de la doctrina de Jung, sólo podremos dar una idea superficial de la «individuación»; requeriría todo un volumen exponer lo que él entiende exactamente por este concepto en su complejidad y entretrejimiento con aquellos otros. De manera aproximada la podemos caracterizar como el proceso interior de la hominización, sobre el fondo de una evolución cósmica. Expresado esto con términos más modestos y seculares, se trata del empeño, que dura toda la vida, por descubrir el propio ser.

Jacobi (1978) divide la individuación, entendida en sentido lato, en dos grandes tramos: en la primera mitad de la vida el individuo tiene que dominar la tarea de «la iniciación en la realidad exterior»; se trata aquí de la plasmación y el desarrollo de las funciones rectoras (véase supra), la formación del yo (como centro de la conciencia) y de la «persona», que es aquella parte del propio ser (de la personalidad entera) que está completamente volcada hacia el mundo exterior y detrás de la cual, como si ella fuera una máscara, el individuo se abroquea. En este tramo, el sentido de la vida está determinado por la «finalidad natural»: tener descendencia y proteger a la cría (y, en este contexto, ganar dinero, alcanzar cierta posición social, etc.). En la segunda mitad de la vida es necesario dominar «la iniciación en la realidad interna». **«Individuación», ahora** en el sentido estricto, denota este segundo tramo. No se supone, desde luego, que todos los seres humanos se empeñen de hecho en este proceso de individuación y lo recorran. El sentido de la vida está dado aquí por la «finalidad cultural», que no se dirige hacia afuera como lo hacía la «finalidad natural», sino que se orienta hacia el logro de valores interiores.

Más que la obtención de una meta prefijada, la individuación denota un largo proceso de purificación, como el imaginado por la alquimia; tiene su correspondiente en el conocimiento de la revelación cristiana («Yo soy el camino»), en el del taoísmo (Laotse concibe al tao igualmente como camino y meta) y en el de las otras grandes religiones universales. Jung definió la vida histórica de Jesús como «prototipo de la individuación». Durante este descubrimiento del propio ser se pueden distinguir determinadas fases en las que sobreviene un encuentro con material arquetípico.

En la primera fase se produce un encuentro con la «sombra»; esta es la parte del propio ser complementaria del yo y, por lo tanto, incluye en primer lugar los dominios del inconciente personal, de las funciones inferiores (véase supra), que no son vivenciados por el individuo; en suma: la sombra del yo consciente. Pero esta sombra llega a profundidades aun mayores, hasta el inconciente colectivo. Sobre todo cuando la sombra es reprimida de manera permanente, estas fuerzas inconcientes se concentran y procuran irrumpir con violencia.

En la segunda fase sobreviene un encuentro con el animas o con el anima (ya expusimos estos conceptos), y en las fases restantes, tornan a aflorar una y otra vez arquetipos que llevan a la conciencia determinados problemas y que después pueden ser dominados e integrados. Al final, la meta es el propio ser totalmente integrado (véase supra) que no se puede describir bien con palabras pero que ya en la alquimia, y en muchas culturas y sus religiones, se intentó expresar con el

simbolismo del «mandala». Entre estas representaciones de la «totalidad» encontramos el círculo dividido, la flor de siete, ocho, diez o doce pétalos (la rosa o la flor de loto) que tiene en su centro una gota de rocío, un diamante o un recién nacido. Bien se entiende que estos fenómenos se sitúan más allá de la experiencia cotidiana «normal» y también más allá de las metas de la psicoterapia, aunque esta sea junguiana.

#### 4.5 La psicoterapia junguiana

La psicoterapia junguiana, que se denomina también «análisis», se debe entender refiriéndola al cuadro de la psicología analítica según lo acabamos de esbozar. Desde luego que en principio se pueden separar elementos aislados para acomodarlos a una técnica terapéutica instrumental (como un violín se puede emplear para hundir un clavo). Pero según Jung la psicoterapia no se propone la curación de síntomas sino el crecimiento o la autorrealización (o sea, pasos en ese sentido; en esto, la psicología humanista se acerca mucho a Jung, cf. el capítulo 12).

Por la gran importancia que se atribuye al inconsciente en la psicología analítica, es comprensible que el trabajo del sueño constituya el principal recurso del análisis junguiano. También aquí es prioritario el trabajo en conexión con símbolos: los conflictos y los procesos energéticos globales del acontecer psíquico se transmutan en imágenes simbólicas en el sueño; por eso este suele obrar como advertencia de que el soñante intenta abrir los ojos para su situación real. Esto quiere decir que según Jung los sueños tienen una función compensatoria en tanto simbolizan lo que puede introducir al soñante en la comprensión de su estado. El procedimiento del analista en el trabajo sobre los sueños consiste en reunir junto con el paciente gran cantidad de ocurrencias y posibilidades de interpretación para los elementos oníricos singulares, de manera de aproximarse cada vez más a una red que reconstruya el posible sentido total del sueño; Jung llama «amplificación» a este procedimiento.

En el marco de la interpretación de los sueños, Jung distingue además entre estadio del objeto y estadio del sujeto: en el primero, los contenidos oníricos se comprenden como objetos externos (incluyendo personas) simbolizados; esto ocurre sobre todo en individuos jóvenes, que en armonía con el ya mencionado proceso de la individuación, tienen todavía una fuerte orientación hacia afuera. En individuos de más edad, que manifiestan una fuerte orientación hacia su interioridad en el sentido de la individuación, los sueños son las más de las veces simbolizaciones de aspectos interiores del propio soñante, no raramente arquetipos que le procuran indicios sobre su inconsciente.

Renee Nell (1976, pág. 11) comunica un ejemplo que puede ilustrar el trabajo junguiano sobre el estadio del objeto y el estadio del sujeto en el análisis del sueño. El fragmento onírico: «Veo a mi tía Grete que viene hacia mí por la calle, pero hago como si no la viera y cruzo de vereda» se investigará, en el plano objetivo, para averiguar la relación del soñante con su tía, si determinados sucesos recientes envuelven a esta tía o a la relación misma (p.ej., el encuentro con otra persona que le recordó a su tía), etc. En el plano subjetivo, en cambio, se indagará por aquellas partes de la personalidad del soñante que se asemejan a la tía Grete, y lo que él hace para no encontrarse con estas partes, etc. Por último, llegado el caso, los dos planos, el objetivo y el subjetivo, serán puestos en relación, a saber, para determinar el modo en que las partes de la personalidad que se acaban de analizar pudieron influir en el encuentro con aquella persona.

En consonancia con la idea de la individuación y de la función del sueño, y en conexión con la tendencia autorreguladora que se postula para la psique humana, una neurosis debe verse, según Jung, como algo enteramente positivo, en tanto abre el camino para un nuevo desarrollo de la personalidad. Jung distingue dos causas esenciales de la neurosis: una función inferior (véase supra) puede penetrar en la conciencia, o bien ámbitos parciales de la psique que han sido segregados y reprimidos de la psique total provocarán la perturbación. Jung denomina «complejos» a estas psiques parciales (ya en sus primeros experimentos sobre la asociación los complejos desempeñaban un papel importante, véase supra).

En cuanto a las causas de los complejos, Jung las aprecia en parecidos términos que Freud en su primera teoría de la represión: casi siempre son traumas, lesiones anímicas o choques, por los cuales ciertos contenidos resultaron alejados de la conciencia. Pero las dos causas de la neurosis obligan al individuo a habérselas con su inconsciente, lo que se encamina por entero en el sentido del crecimiento.

En general, el procedimiento terapéutico, según Jung, se debe regir por una actitud semejante a la del proceso de individuación: se trata de aceptar la naturaleza íntegra de lo inconsciente, que es a la vez bueno y malo. «La actitud del terapeuta hacia el lado de la sombra de su paciente [ . . . ] no es condenatoria sino comprensiva, y lo acepta en lo que él ha llegado a ser, sin prejuicios morales, por así decir» (Laiblin, 1977, pág. 75). Considerada de este modo, la neurosis puede alcanzar el valor de una crisis curativa que haga del terapeuta un acompañante para una jornada del camino de la individuación.

#### 5. Vegetoterapia (Reich)

La obra que nos ha dejado Wilhelm Reich (1897-1957) es, si la consideramos superficialmente, muy heterogénea: en el macronivel sus trabajos penetran en el campo de la sociología y la política; en el micronivel se extienden desde la biología y la fisicoquímica hasta adentrarse en la física. Pero las elaboraciones de Reich en estos campos fueron siempre la consecuencia lógica y directa de descubrimientos obtenidos con anterioridad en investigaciones guiadas por el afán de entender las perturbaciones psíquicas y de fijar su terapia. No pocos autores y reseñadores -incluidos críticos de Reich- comprueban que sus trabajos se caracterizan por un rigor lógico fascinante, que arranca desde la problemática misma, pasa por los estudios correspondientes, hasta llegar a conclusiones que por regla general desembocan en problemas nuevos. Y justamente este rigor llevó a Reich desde el psicoanálisis como lo entendía Freud, en línea directa, a la biofísica del «orgón» (según Reich, una forma de energía aún no investigada, que llena el universo entero). Pero si los primeros trabajos de Reich, situados por entero en el terreno del psicoanálisis, encontraron amplia aceptación, el círculo de sus partidarios se redujo a medida que él avanzó en sus investigaciones y teorías.

Con el título general de «vegetoterapia» seleccionamos aquí un aspecto que es central pero que en modo alguno es el punto de llegada de los trabajos teóricos y de investigación de Reich. Dos razones nos mueven a convertirlo en el núcleo de nuestra exposición: en primer término, contiene las bases de diferentes abordajes de la psicoterapia orientada hacia el cuerpo, en particular de la «bioenergética» del discípulo de Reich, Alexander Lowen (la expondremos en el capítulo que sigue), de la «terapia primaria» de Arthur Janov y de la «terapia gúestáltica» de Fritz Perls. En segundo término, este libro, que se propone ser un panorama de las corrientes en psicoterapia, no es el lugar donde pudiéramos seguir a Reich en sus elaboraciones biofísicas, sobre todo porque estas, según ya apuntamos, son muy cuestionadas y parecen contradictorias con las ideas actuales de la mayoría de los especialistas en ciencias naturales. Por último, yo no me siento competente para terciar en esta polémica.

No haremos justicia a Reich, entonces, seleccionando estos aspectos «más decorosos» de su obra total. Lo cual es lamentable sobre todo porque en vida tuvo que sufrir que un vasto sector de sus teorías fuera desautorizado por muchos psicoanalistas, al mismo tiempo que partes «utilizables» de ellas le eran tomadas sin hacer mención de su autor. En este sentido, Boadella (1983, pág. 26) refiere que Charles Berg (1948), en un libro sobre psicología clínica, expone la teoría de la angustia de Reich, basada en la economía sexual, como si fuera propia. (También en el trabajo nuclear de Anna Freud sobre los mecanismos de defensa del «yo», en cuya génesis Reich tuvo notable participación, como después lo expondremos, se lo menciona sólo de pasada.)

Es notable que Reich, no obstante la hostilidad de que fue objeto y la explotación que otros hicieron de sus trabajos (en una medida tal como sólo Freud hubo de soportarla, de parte de la profesión médica «establecida», en particular los psiquiatras), nunca entró en «compromisos sucios» ni en ciencia ni en política. No en último término a causa de su adhesión al comunismo y al psicoanálisis fue expulsado del Partido Comunista y de la Asociación Psicoanalítica. Después que debió escapar de Austria y Alemania, pasando por Dinamarca, Suecia y Noruega, a causa de los ataques que se le dirigían por sus obras y por motivos raciales (era judío), una vez instalado en los Estados Unidos apenas pudo trabajar una década (de 1937 a 1947) sin ser molestado. En ese momento empezó la campaña de la FDA (Food and Drug Administration) contra el acumulador de orgón (un aparato con el que Reich concentraba la energía del orgón, y que él introdujo con fines terapéuticos). Esta campaña terminó finalmente con la prisión de Reich (no mucho después moriría en la cárcel) por desacato a una citación del tribunal, la destrucción de sus aparatos y la quema de sus trabajos científicos, que fueron considerados «escritos publicitarios» del acumulador de orgón. Los escritos fueron destruidos bajo vigilancia de la FDA (entre otros, su aporte central al psicoanálisis freudiano, Análisis del carácter, que había aparecido en 1933, es decir, muchos años antes de que concibiera sus primeras ideas sobre el orgón o imaginara los acumuladores).

Uno de los juicios corrientes -todavía hoy- acerca de Reich y los trabajos que dedicó al orgón es que «hizo aportes valiosos a la investigación del carácter antes de volverse "esquizofrénico o charlatán"» (citado según Boadella, 1983, pág. 259). Y esto a pesar de que muchos médicos confirmaron y repitieron diversos descubrimientos clínicos que Reich había logrado en sus investigaciones sobre el orgón, así como su terapia del cáncer. Algunos de ellos fundaron, en la época del proceso contra Reich, la American Association for Medical Orgonomy (AAMO); entre otros, T. Wolfe, profesor de psiquiatría en la Universidad de Columbia, y varios clínicos jefes. Entonces, si se pretende desechar los últimos trabajos de Reich con el argumento de su esquizofrenia o su charlatanería, habría que extender ese juicio a aquel círculo de personas (cf., p.ej., Ollendorf-Reich, 1975, pág. 124).

Estas pocas reflexiones parecieron necesarias y oportunas porque «el caso Reich» y su obra, así como las insólitas reacciones de descrédito en el terreno de «la ciencia» y la sociedad, fueron el aspecto que más me impresionó mientras preparaba este libro. Para hacer justicia en mínima medida al edificio teórico de Reich como totalidad, me limitaré a exponer en lo que sigue el desarrollo de la vegetoterapia. No es casual que el volumen I de *EL descubrimiento del orgón. La función del orgasmo* (Reich, 1972; la primera edición es de 1942) culminara con la exposición de la vegetoterapia (y una breve anticipación de los temas del volumen II): la vegetoterapia, en consecuencia, aparece como la conclusión de una labor de investigación desarrollada durante dos buenas décadas en las fronteras de la ciencia «normal» (en el sentido de los «paradigmas» según los entiende Kuhn), dentro del ámbito de la psicoterapia (incluido el trabajo corporal correspondiente).

El volumen II, *El descubrimiento del orgón. II: El cáncer* (Reich, 1975; publicado por primera vez en 1948), contiene los resultados más generales, en lo esencial biológicos y biofísicos, de los trabajos realizados por Reich (hasta 1948); es lo que aquí omitimos por las razones apuntadas. Para concluir estas palabras introductorias no podemos menos que citar a R. D. Laing (según Boadella, 1983):

«Se pasea todavía el fantasma de Wilhelm Reich, risible, peligroso, digno de compasión -según la proyección del caso-, "excluido" del recinto de la ortodoxia psiquiátrica y psicoanalítica. Pero pareciera que entre los más jóvenes -de todas las edades- estuviera en marcha un proceso de revalorización. Ni siquiera sus trabajos finales sobre biofísica, como él la denominaba, pueden ser abandonados tan ligeramente en el salón de las curiosidades como se hacía hace unos años. A medida que tomo noticia directa y más exacta de las cosas que decía Reich, más serias me parecen».

## 5.1 Reich contra Freud

En el centro de la obra de Reich encontramos cuestiones (bio)energéticas. El desarrollo de sus trabajos después de 1920 se puede considerar una prolongación consecuente de las teorías que Freud sostuvo hasta ese año; parece atinado, por eso, que exponamos aquí los aspectos centrales de la divergencia entre ambos. El propio Reich la interpretaba, todavía en 1942 (cf. Reich, 1972, p.ej. págs. 97, 105, 129, 161 y sig.), diciendo que él había seguido elaborando la genuina intencionalidad de Freud, mientras que este, para salvar la obra de su vida, había entrado en compromisos con los psicoanalistas de la organización creada por él mismo y tolerado que estos, por incompreensión y oportunismo, diluyeran su teoría. Tal vez esta apreciación no sea correcta, pero lo notable es que Reich elaboró soluciones para algunos problemas centrales que Freud había planteado originalmente pero cuya respuesta fue «reprimida» con el paso de los años, por el privilegio concedido a otros aspectos en las teorías de Freud.

De la biografía de Reich se infiere que su punto de partida científico fue la participación que tuvo, siendo un joven estudiante de medicina, en el Seminario Estudiantil de Sexología de Viena; este había sido fundado por estudiantes porque en la Universidad se omitía ese campo temático. En el verano de 1919 presentó allí un informe sobre «El concepto de libido de Forel a Jung». Si en los autores anteriores a Freud «libido» denotaba simplemente el deseo conciente de acciones sexuales -y por lo tanto se trataba de un concepto de la llamada «psicología de la conciencia»-, Freud distinguió entre las formas en que la pulsión se expresa (p.ej., representaciones y afectos sexuales) y la pulsión misma, que en último término no se puede aprehender concientemente. «Libido» en Freud no es entonces el deseo que se siente sino la energía de la pulsión sexual. Ya hacia 1895 Freud había llegado a la convicción de que la enfermedad psíquica guardaba relación con una energía afectiva, y que no sobrevinía cuando esa energía se abreaccionaba.

La labor que Reich desarrolló en este Seminario, del que fue nombrado finalmente director, lo movió a estudiar la bibliografía psicoanalítica y después a conocer personalmente a Freud, quien le causó una profunda impresión. Ya en 1920 fue admitido en la Asociación Psicoanalítica, lo que era inhabitual puesto que sólo en 1922 obtuvo su título de médico. En 1933 fue excluido de la Asociación por divergencias en el trabajo teórico y práctico. Pero esto no le impidió señalar diez años después: «Me considero afortunado por haber sido durante tantos años su discípulo [de Freud] sin ensayar críticas prematuras y con una plena entrega a su causa» (Reich, 1972, pág. 37).

Sin embargo, sus puntos de vista empezaron a diverger a poco de su ingreso a la Asociación porque justamente era la época en que Freud se alejaba cada vez más de su concepción energetista originaria y de la insistencia en la sofocación de lo pulsional: el psicoanálisis se encaminaba hacia una psicología del «yo» en cuyo centro estaban «la estructura del aparato psíquico» y las instancias defensivas (cf. el capítulo 2). Ya en *Más allá del principio de placer*, publicado en 1920, había puesto a Tánatos (la pulsión de muerte) en un pie de igualdad junto a la libido; en 1923, en *El yo y el ello*, el «superyó» y los sentimientos de culpa a él asociados pasaron al primer plano, y en 1926 *Inhibición, síntoma y angustia* introdujo prácticamente una segunda teoría de la angustia: esta ya no era la consecuencia de la falta de descarga de una energía acumulada (reprimida con arreglo a determinados mecanismos, cf. el capítulo 2, 1.2) sino, a la inversa, se la debía considerar la causa genuina de la represión sexual. Para Freud había perdido interés averiguar la causa y la energía de esta angustia. Siguiendo esta orientación, el discípulo de Freud, Theodor Reik, en lugar del conflicto entre exigencia sexual y angustia frente al castigo, privilegió la exigencia de castigo, en armonía con el concepto de la pulsión de muerte; con parecida inspiración, Franz Alexander descubría en los delinquentes una necesidad inconciente de castigo: concepciones, esta y aquella, que Reich criticó fuertemente.

Entonces, mientras Freud y la mayoría de los psicoanalistas separaban cada vez más «estructura» de «energía» y se volcaban al primero de estos conceptos, el trabajo de Reich siguió concentrado en los problemas de la economía energética, por cuya mediación las perturbaciones neuróticas se manifestaban y se mantenían. Esto lo movió a investigar primero las diversas formas en que esta energía, en las perturbaciones psíquicas, resultaba ligada (solidificada), y en que era impedido su fluir (su evacuación). De este modo, pasando por la elaboración de las nociones (que explicamos más adelante) de «potencia orgásmica», «estructura de carácter» y «reflejo orgásmico», desembocó en el estudio de los ritmos corporales y de la «coraza del carácter», hasta llegar a la «vegetoterapia» y, finalmente, a la biogénesis.

Al comienzo Freud alentó a Reich en el camino que había emprendido. Pero las divergencias fueron aumentando hasta la segunda mitad de la década de 1920 (aun cuando Reich durante mucho tiempo siguió invocando las concepciones -anteriores- de Freud). He aquí la escéptica reacción de Freud ante el manuscrito de *La función del orgasmo*, que Reich le había enviado en 1926 como homenaje en su septuagésimo cumpleaños: «¿tan extenso?» (Reich, 1972, pág. 127). Pero dos meses después le escribió: «El trabajo me parece valioso». (Nótese que, como ya lo apuntamos, 1926 fue el año de la ruptura de Freud con su primera teoría de la angustia, según lo atestigua *Inhibición, síntoma y angustia*; en este punto es bien visible el sentido contrario en que se desarrollaban las teorías de Freud y de Reich.) Al fin, la divergencia entre la

«psicología analítica del yo» y las investigaciones de la economía energética a que Reich había dedicado su vida se hizo tan grande que en 1933 sobrevino la ruptura definitiva.

## 5.2 Energía, orgasmo y neurosis

Ya dijimos que Freud en 1895 había adoptado el supuesto de que no se producía enfermedad psíquica alguna si era posible abreactar la energía afectiva. En relación con la economía energética, Freud postuló una función primaria del sistema neuronal, que consistía en evacuar la energía sin dilación y por completo, y una función secundaria, que lo llevaba a almacenar energía en determinadas neuronas o sistemas neuronales.

En armonía con esto, Reich investigó primero de manera exhaustiva los procesos de la evacuación y el almacenamiento de energía. Sus experiencias clínicas le sugirieron postular una conexión estrecha entre estas nociones: energía y función del orgasmo; la salud anímica depende de la «potencia orgásmica», concepto este que ha sido objeto de diversos malentendidos dentro y fuera del psicoanálisis (por mero desconocimiento o en el afán de desacreditar a Reich): para empezar, la potencia orgásmica tiene poca relación con «tener orgasmos» (en el sentido restringido de la expresión). Más bien se trata de la capacidad de entregarse, sin inhibiciones ni bloqueos, a la corriente de energía biológica que se descarga preferentemente en contracciones musculares involuntarias; abarca, por lo tanto, la relación total de un individuo con su cuerpo y con su pareja. La potencia orgásmica coincide con una actitud caracterial no neurótica de la capacidad de amar, cuyos contrarios son la angustia y el espasmo (el significado preciso de estos conceptos, p.ej., el de «caracterial», y los nexos entre ellos, se aclararán en el curso de la exposición).

Precisamente la conducta de los que buscan un orgasmo tras otro para probar a otros y probarse a ellos mismos su «potencia» (sobre todo en el sentido de la «virilidad» como se la entendía en la sociedad vienesa) es, según Reich, claro signo de serias perturbaciones en toda la capacidad de satisfacción orgásmica y, por lo tanto, indica más bien una falta de potencia orgásmica. En todos los casos por él investigados, esos hombres «con potencia erectiva» carecían de la capacidad de vivir el acto más allá de cierta limitada altura: les resultaba imposible entregarse al curso de las reacciones corporales involuntarias y fusionarse con su pareja -sin producir fantasías y abandonando los controles cognitivos- de manera que pudieran sobrevenir los típicos oscurecimientos de la conciencia.

Con relación a esto, Reich indicó que placer, sentimientos eróticos y actividad sexual se fusionan en el acto sexual si media una capacidad natural de amar, pero pueden presentarse separados y aun discurrir en contradicción: la actividad sexual se puede producir sin erotismo, y este, no llevar a una actividad sexual. Es importante notar además que los procesos corporales no son independientes de fenómenos psíquicos sino que lo decisivo es la postura activa («intención perceptiva») frente a determinado estímulo: «Suaves caricias en una zona sexual desencadenarán en un individuo una sensación placentera que estará ausente en otro, que percibirá sólo una palpación o frotamiento» (Reich, 1972, pág. 47).

Puesto que la descarga completa de las excitaciones por medio de las contracciones bioenergéticas involuntarias del organismo constituye la nota más importante de la potencia orgásmica, Reich encuentra la fuente energética de la neurosis en la diferencia entre acúmulo y descarga de energía en el interior del cuerpo, donde por energía se debe entender principalmente la libido, la energía de la pulsión sexual (en el sentido lato). En este contexto, Reich retoma la distinción de Freud entre «neurosis actual» y «psiconeurosis»: la primera, según Freud, se debe a una estasis de la libido (Reich habla de una «neurosis por estasis»), mientras que los síntomas de la segunda son de etiología psíquica y, por lo tanto, están destinados a consumir un sentido determinado (cf. el capítulo 2).

Freud se limitó en lo sucesivo al estudio de las psiconeurosis pero nunca obtuvo respuesta para la pregunta que había planteado al comienzo: ¿de dónde obtienen su energía las psiconeurosis? Como resultado de sus análisis clínicos, Reich ofrece esta explicación: toda psiconeurosis tiene un núcleo de neurosis por estasis, y toda neurosis por estasis posee una superestructura psiconeurótica. (Para comprender mejor esto tal vez la «neurosis por estasis» se pueda ver como una sintomatología por falta de descarga energética, pero que guarda relación con las circunstancias de vida concretas y actuales, p.ej., una persona se divorcia pero por razones éticas se abstiene de masturbarse, o en una nueva relación de pareja se siente inhibida para la entrega corporal. La psiconeurosis es entonces más bien la estructura básica, que es preciso considerar sobre todo desde la perspectiva psíquica, mientras que la neurosis actual se puede considerar la variedad concreta de perturbación, que es preciso considerar sobre todo desde la perspectiva energético-corporal. En el ejemplo citado, en las condiciones de falta de descarga de energía tal vez se reactive un conflicto de la temprana infancia, p.ej., el paciente empezará a comerse las uñas. La energía para este síntoma proviene entonces del «núcleo de neurosis por estasis», que en este caso, con la regresión a la fase oral-sádica que se expresa en la acción de «comerse las uñas», tiene su causa psíquica en la «superestructura psiconeurótica».)

Con esta concepción del nexo entre neurosis por estasis y psiconeurosis, Reich por una parte daba respuesta a la pregunta de Freud acerca de la fuente de la energía en el caso de las psiconeurosis, pero al mismo tiempo reparaba en una importante consideración (que Freud, según Reich, no había advertido): la neurosis por estasis es sin duda «una perturbación corporal, provocada por una energía sexual descaminada porque insatisfecha, pero la excitación sexual nunca se habría descaminado si no hubiera mediado una inhibición anímica» (Reich, 1972, pág. 75).

Al mismo tiempo, este nexo entre situación actual y desarrollo psiconeurótico (que se puede considerar casi equivalente al nexo entre estructura y energía) permite explicar por qué una psiconeurosis, cuyas causas se remontan a la primera infancia, estalla sólo durante la pubertad o después: si a consecuencia de una inhibición anímica se ha producido una estasis sexual, aquella puede ser reforzada por esta (en el ejemplo anterior, la persona que se ha «retenido» en una nueva relación de pareja y no ha podido entregarse, por eso mismo no alcanza abreacción plena y tiene que «retenerse» todavía más). De este modo, conflictos infantiles que al comienzo no han producido perturbación visible pueden después, a consecuencia de una inhibición actual, recibir un excedente de energía sexual. En este caso, los deseos y las representaciones concomitantes se vuelven imperiosos, entran tal vez en contradicción con la organización psíquica de la persona ahora adulta y tienen que ser reprimidos; ciertas necesidades orales, p.ej., que la «conciencia moral» no admite. (Podríamos comparar este proceso recurriendo a la imagen de un trompo cuyo eje estuviera imperceptiblemente desplazado del centro; si se le suma energía -en este caso, mayor velocidad de giro-, aquel desplazamiento desdeñable bastará para voltear todo el sistema.) Se genera entonces una psiconeurosis; y el proceso que acabamos de describir sería una nueva interpretación de las causas de la «regresión a los mecanismos infantiles» de Freud. Es evidente que la concepción de Reich tiene un notabilísimo potencial explicativo.

La «impotencia orgásmica» -la incapacidad de evacuar por completo la energía- constituye entonces, si lo queremos resumir así, la clave de la comprensión de las neurosis para Reich: la fuente energética de estas reside en la estasis de la libido, que sólo podría eliminar la potencia orgásmica, es decir, una abreacción, exenta de todo bloqueo, hacia la musculatura (en particular, la involuntaria) y la distensión vegetativa (no solamente por el «orgasmo» en el sentido corriente, entonces). Si la excitación sexual es puramente corporal, el conflicto de la neurosis es de carácter anímico. Un conflicto mínimo ocasiona una pequeña perturbación de la economía energética. Esta pequeña estasis refuerza el conflicto, este torna a acrecentar la estasis, y así. La psiconeurosis estalla finalmente, y se nutre de la energía de estasis. (Señalemos desde ahora que Reich elaboró una concepción más radical y amplia de «libido» o «energía sexual» que la del propio Freud; aclararemos esto en la sección sobre la coraza corporal.)

### 5.3 Sexualidad y sociedad

También los conflictos psíquicos centrales y las fantasías neuróticas a que regresivamente se vuelve en las variedades de la neurosis actual derivan, según Reich, de la relación padres-hijo, que por regla general se caracteriza por una intensa represión de la libido: ya Freud había señalado que en la primera infancia las reacciones energéticas en forma de descargas -o sea, reflejos voluntarios e involuntarios en las manifestaciones violentas de llanto o de ira-, así como el onanismo, suelen tropezar con el desagrado de los padres. El bloqueo de estas reacciones, y los mecanismos represivos, se proponen entonces debilitar los afectos demasiado intensos y las representaciones que se les asocian.

Pero Reich se encontró con que esta represión no se limitaba a la niñez. Sobre la base de una vasta experiencia y de la evaluación de datos empíricos fue llegando al convencimiento de que las neurosis eran en buena medida el resultado de la moral burguesa compulsiva, y que por lo tanto la relación padres-hijo no hacía más que reflejar determinadas relaciones sociales: «Los padres sofocan la sexualidad de los niños pequeños y de los adolescentes, pero lo hacen inconcientemente por encargo de la sociedad mecanizada, autoritaria» (Reich, 1972, pág. 150).

Las bases de la posterior neurosis se establecen en tres etapas principales de la vida humana: por la atmósfera del hogar neurótico en la primera infancia; después, en la pubertad, y, finalmente, en el llamado «matrimonio compulsivo» (Reich) que se ajusta a un moralismo riguroso. Ya caracterizamos la educación de la primera infancia. En la pubertad, la exigencia de ascetismo «habilita para el matrimonio» al jovencito que ha alcanzado plena capacidad sexual. Esto se produce por una sofocación de sus pulsiones, cuya energía acumulada tendrán permitido descargar solamente -según los moralistas de la sociedad de entonces- en el acto sexual al servicio de la reproducción; esta sofocación se prolonga en el «matrimonio compulsivo corriente» (en la época) con la condena moral a los medios anticonceptivos y al onanismo, el miedo al embarazo no querido, etc., y así se convierte en fuente de las neurosis.

Material empírico para fundamentar esta tesis, lo tenía sobrado: hacia el final de la década de 1920 fue vicedirector de la Policlínica Psicoanalítica, que ofrecía tratamiento gratuito a pacientes de bajos ingresos. Además, había fundado la Sociedad Socialista para la Investigación y el Asesoramiento Sexual, bajo cuya tutela se organizó una clínica de asesoramiento sexual para obreros y empleados que contaba con seis delegaciones. Algunas de las preguntas típicas de los clientes se reproducen, p.ej., en Reich, 1972, págs. 146 y sigs.; ellas muestran un espantoso desconocimiento de hechos sexuales elementales y el poder de la moral represiva en la Viena de entonces (que sin duda no era una excepción).

Las enfermedades psíquicas son en definitiva, para Reich, «resultados de la perturbación de lo sexual por la sociedad». Se vio refirmado en este punto de vista por la obra de Malinowski, aparecida en 1929, *La vida sexual de los primitivos*: este autor había comprobado entre los trobriandeses, cuyos niños reciben una educación extremadamente liberal en el terreno sexual, que no existían perversiones sexuales, enfermedades mentales funcionales, psiconeurosis ni tendencias asesinas. Pero a poca distancia de las islas Trobriand, en las islas Amphlett, una tribu en que la familia tenía una estructura patriarcal autoritaria ya mostraba «todos los rasgos del neurótico europeo: desconfianza, angustia, neurosis, suicidios, perversiones, etc.» (Reich, 1972, pág. 173).

Es natural que, en buena lógica, Reich, en posesión de aquel conocimiento, se preguntara: «¿De dónde proviene y qué función cumple la sofocación social de la vida sexual en Europa?». Esta pregunta ya se la había hecho Freud. Pero la respuesta de este, que la sofocación se produce «en aras de la cultura», es lo que Reich cuestiona: «uno duda y se pregunta de qué modo el onanismo de los niños pequeños y el intercambio sexual de los púberes habría de perturbar la instalación de estaciones de venta de gasolina o la producción de aviones. Uno sospecha que no lo exige la actividad cultural en sí misma, sino las formas que esa actividad tiene en el presente [ . . . ] Ya no se trata entonces de una cuestión referida a la cultura, sino al orden social. Si se investigan la historia de la sofocación sexual y el origen de la represión sexual, se descubre que no se instituyeron en los comienzos del desarrollo cultural, y por lo tanto no son la premisa de la formación de la cultura sino que se iniciaron en una época relativamente tardía, con la propiedad privada de los medios de producción y con el comienzo de la división en clases» (Reich, 1979, pág. 48).

La elaboración de estas cuestiones condujo a Reich al terreno de la sociología política y al intento de unir socialismo marxista y psicoanálisis. De esto resultó nuevamente su trabajo práctico en el movimiento conocido como «Sexpol» (unía el esclarecimiento sexual con el político-social) y la edición de obras de información sexual destinadas al pueblo, tarea esta que desarrolló en Berlín a comienzos de la década de 1930. Por esta misma época, sin duda que en conexión con el ascenso del nacional-socialismo, produjo sus trabajos sobre las causas del fascismo. Estas actividades, que aquí no podemos entrar a detallar (cf., empero, Reich, 1932, 1933 o 1972, págs. 145-87, y Boadella, 1983, págs. 63-103), le trajeron por consecuencia la exclusión casi simultánea del «analista reaccionario» del Partido Comunista, y del «comunista», de la Asociación Psicoanalítica.

## 5.4 La estructura del carácter

Reich produjo elaboraciones propias también acerca de los fenómenos de la «resistencia» y la «trasferencia» del psicoanálisis freudiano: si, como ya señalamos, una estasis libidinal es el núcleo energético de los síntomas neuróticos, toda resolución de síntomas tendría que desembocar en una mejoría sustancial de la potencia orgásmica; ahora bien, las observaciones de Reich contradecían esto. Se preguntó entonces: «¿Dónde, si no es en los síntomas neuróticos, permanece ligada la energía sexual?» (Reich, 1972, pág. 101). Su labor como orientador del Seminario de Viena para la Terapia Psicoanalítica, que desarrolló desde 1924, y donde se estudiaban en particular cuestiones técnicas -sobre todo la resistencia-, lo llevó a concebir, a partir de la diversidad de las resistencias individuales, su importante obra *EL análisis del carácter* (1933), en la que elaboró y expuso un sistema de pautas de resistencia características.

No en último término sobre la base de su experiencia de las resistencias observadas en el neurótico obsesivo, que se abroquelaba frente a los afectos y parece «acorazado» para los intentos de la técnica psicoanalítica, Reich llamó «coraza del carácter» a la organización de pautas defensivas en el individuo. Justamente en esa coraza permanece ligada una parte de la energía, y ella sirve al mismo tiempo como defensa frente a excitaciones emocionales. Sólo después se advertiría todo el acierto de la elección del término «coraza», a saber, cuando Reich, buscando los correlatos físicos de este acorazamiento del carácter, descubrió tensiones y endurecimientos musculares típicos; esas tensiones producían rigideces características en la postura y la expresión: las llamó «coraza muscular» (véase *infra*). Queremos mencionar el hecho de que Anna Freud concurría regularmente a las sesiones del «seminario técnico» dirigido por Reich, en las que se investigaban las pautas de resistencia; los puntos de vista que alcanzó sobre estas se expresaron en su libro *El yo y los mecanismos de defensa*, aparecido en 1936; «y es claro que ese libro sólo pudo nacer sobre la base de los estudios que ahí se desarrollaban» (Boadella, 1983, pág. 58).

La coraza del carácter contiene «la biografía cristalizada» de un individuo, «la suma funcional de todas las vivencias pasadas» (Reich). Pero en oposición a Adler, para quien «el carácter en lugar de la libido» era el fenómeno nuclear de las perturbaciones anímicas, según Reich «rasgos de carácter como "el sentimiento de inferioridad" o "la voluntad de poderío" no son más que fenómenos superficiales en el proceso de acorazamiento, entendido en el sentido biológico de una inhibición vegetativa de funciones vitales» (Reich, 1972, pág. 115). Conflictos básicos producidos en las fases de desarrollo de la infancia temprana se manifiestan en un acorazamiento que ofrece protección ante impulsos desiderativos demasiado intensos. La terapia consiste en resolver los acorazamientos y hacer que vuelvan a correr, por movilización de las energías ligadas, las emociones que se habían solidificado. Este correr se plasma en definitiva en la capacidad de conducirse de manera espontánea, sin angustia, sin inhibición: y esto es lo que constituye la potencia orgásmica.

*El análisis del carácter*, de 1933, libro en el que confluyen varios trabajos anteriores de Reich, fue -y es- considerado un aporte central al psicoanálisis por parte de la mayoría de los psicoanalistas de diversa orientación (aunque, paradójicamente, Reich tuviera que recurrir a una edición de autor después que la Editorial Psicoanalítica Internacional, con sede en Viena, anulara un contrato de edición ya firmado). A grandes trazos, el carácter se divide (cf. Boadella, 1983, págs. 47 y sigs.; Reich, 1972, págs. 129 y sigs.) en tres capas: en la superficie, el «rostro» que una persona muestra a su medio (es análogo a la «persona» según Jung); en este plano, las resistencias, p.ej., se exteriorizan en una disposición epidérmica a cooperar (una conducta exageradamente amistosa, idealización del terapeuta, maneras muy correctas, calma acentuada aun en las confrontaciones, expresión no genuina, etc.). Debajo existe una capa de fantasías e impulsos ««peligrosos, grotescos, irracionales», «el mundo de pesadilla del inconciente reprimido según Freud». Y en el fondo último, para ser despejada por

medio de la técnica del análisis del carácter, existe una capa primaria, como un mundo «de aspiraciones humanas, simples, dignas, de una espontánea sinceridad, naturales». Un «carácter no acorazado» es capaz de actuar desde esta capa primaria. Ya mencionamos el papel que también Reich atribuye a la niñez en la patogénesis de la neurosis. Para defenderse de conflictos, el niño adopta como mecanismos de protección las actitudes caracteriales correspondientes, en la forma de pautas de conducta. Son decisivos los siguientes factores: 1) la época en que aparecieron los conflictos; ligado a esto, 2) su modalidad, diferenciada (es una concepción análoga a la de Freud) según aspectos orales, anales y genitales; 3) su intensidad; 4) la relación entre satisfacción pulsional y frustración; 5) la medida de la identificación con el progenitor del mismo sexo, y 6) las contradicciones de la conducta denegadora de los padres. Por la variada acción recíproca entre estos aspectos se averigua el amplio espectro de las distintas estructuras del carácter neurótico. Reich diferencia los siguientes tipos principales, que exponemos de manera sucinta siguiendo a Boadella (1983, pág. 53):

1. *El carácter fálico-narcisista.* La constelación típica de condiciones es en este caso una madre masculina decidida, cuya conducta mueve al niño a reprimir sus originarias mociones de amor hacia ella tan pronto como deja atrás la lactancia. En la relación con la mujer prevalecen los motivos del menosprecio y de la venganza, complementados con el anhelo reprimido de encontrar calidez y contacto con un hombre.

2. *El carácter pasivo femenino.* Si durante la fase anal del niño la madre muestra una severidad excesiva, se desarrolla un carácter marcado por el sometimiento y la docilidad, que en muchos casos, si se suman otras circunstancias, se acompaña de una perversión masoquista. Otra variedad del tipo pasivo-femenino es consecuencia de una severidad excesiva del padre. En este caso el niño se ve obligado a reprimir los intensos sentimientos de odio desarrollados como reacción a la conducta paterna, y a ocultarlos bajo la máscara de un carácter femenino-sumiso.

3. *El carácter masculino-agresivo.* Su precondition típica es un padre severo que rechaza la femineidad de la hija. La niña reprime sus cualidades femeninas y se identifica con la dureza y la rigidez del padre.

4. *El carácter histérico.* Si la madre se muestra represiva y moralista con las manifestaciones amorosas de la hija hacia el padre, la angustia genital pasa a ser el sentimiento dominante. Más tarde en la vida, la conducta sexual tenderá a la búsqueda del padre prohibido y se caracterizará por una coquetería insinuante pero que rehúye el compromiso de una relación seria a causa del miedo al desengaño.

5. *El carácter obsesivo.* Aquí la sofocación del interés y de la actividad genitales aparece como consecuencia de una educación prematura, demasiado estricta, para el control de esfínteres. Esto da origen a necesidades de sadismo y violencia, pero que son mantenidas bajo severo control y se desahogan solamente en la fantasía. El carácter obsesivo se desprecia a sí mismo a causa de sus impulsos sádicos y, para sofrenarlos y compensarlos, desarrolla precisos mecanismos de orden y control. Al autocontrol, que él aprendió a imponerse durante la fase anal, lo pone al servicio del endicamiento de su agresividad sexual.

6. *El carácter masoquista.* Hace tiempo que el psicoanálisis se debate con el difícil problema teórico y clínico del masoquismo. En 1928, Reich tuvo oportunidad de tratar a un hombre que padecía de una perversión masoquista. El tratamiento duró tres años. Los pacientes masoquistas resultan casos particularmente difíciles para la terapia porque parece moverlos una específica necesidad de sufrimiento, que contraría la inclinación normal a buscar el placer y evitar el dolor. Lo típico, a juicio de Reich, es que tras el auto-empequeñecimiento masoquista se oculten una ambición inhábil y una angustiada manía de grandeza. El masoquismo como tal es expresión de tensiones sexuales que no se pueden satisfacer; su fuente directa es la angustia ante el placer: si el masoquista provoca el castigo, esto se explica como expresión del apetito profundo de ser llevado a la satisfacción contra su voluntad; tiene prohibido procurar su satisfacción él mismo, sobre lo cual pesan fuertes sentimientos de culpa. (Estas últimas especificaciones están tomadas de Reich, 1972.)

Los tipos principales que acabamos de exponer fueron completados por Alexander Lowen con la descripción del carácter esquizoide y del carácter oral: Lowen elaboró además el trabajo corporal de Reich hasta crear el llamado «análisis bioenergético» (cf. el capítulo 6).

## 5.5 La coraza corporal y su modificación

Dijimos ya que Reich, en su *El análisis del carácter*, de 1933, entendía el acorazamiento caracterial en buena parte todavía en términos psíquicos. Pero ya en 1934 introdujo el concepto de «acorazamiento muscular». Se basó en el descubrimiento de que las resistencias neuróticas típicas se manifestaban en el terreno físico en tensiones musculares igualmente típicas: los «acorazamientos musculares». De esta manera la energía vital sexual puede quedar ligada, y enfrenadas, p.ej., la ira y la angustia. Estas contracturas musculares contienen por así decir la historia y el sentido de su génesis: son los correlatos somáticos de los conflictos neuróticos y los lugares donde estos anclan. Así la neurosis se convierte en expresión de una perturbación crónica del equilibrio vegetativo y de la movilidad natural (Reich, 1972, pág. 227). Es importante considerar los fenómenos psíquicos y somáticos como aspectos distintos, dialécticos, de una totalidad.

En todo esto hay que comprender que para Reich la tensión y la distensión físicas forman parte de un plexo más amplio y no son sino los términos finales de una serie que a su juicio es decisiva para inteligir los procesos vitales en general: del reflejo del orgasmo, pasando por la división del huevo, hasta llegar a los movimientos de traslación de la ameba. Esta secuencia, caracterizada por Reich como «la fórmula de la vida», se compone de un ciclo en cuatro tiempos: *tensión mecánica, carga bioeléctrica, descarga bioeléctrica, distensión mecánica*. En este punto Reich se apoya en la concepción del médico internista de Berlín, Friedrich Kraus, quien había descrito los procesos electroquímicos que se cumplen en el interior del cuerpo así como innumerables superficies de contacto entre membranas y fluidos electrolíticos de diversa densidad y composición, y había introducido el concepto del «movimiento osmótico» de los fluidos corporales. A pesar de la elevada importancia que Reich otorga a su descubrimiento del ciclo en cuatro tiempos, «expansión (estiramiento, dilatación) y contracción (compresión, estrechamiento)» siguen siendo no menos importantes en tanto «oposiciones primordiales de la vida vegetativa» (cf. Reich, 1972, págs. 188-225, donde se elucidan muchos aspectos de este «ciclo en cuatro tiempos», y de aquella oposición, sobre la base de descubrimientos biológicos, mecánicos, etcétera).

La ya citada comprobación de Reich de que angustia y placer son manifestaciones opuestas de la misma energía (placer se produce cuando esta energía aparece en lo genital; angustia, cuando interesa al corazón o, con más exactitud, al sistema cardiovascular) se relaciona ahora con la nueva perspectiva: placer y angustia son los correlatos anímicos de la expansión y la contracción. Armoniza con esto el hecho de que la angustia se calma con una inyección intramuscular de acetilcolina (Misch y Misch, 1932): esta sustancia actúa sobre el sistema parasimpático (vagotónico), con ensanchamiento de los vasos sanguíneos (en este mismo sentido, Kraus había descrito el efecto de las sales de potasio y de sodio, o de sus iones en el electrólito). Opuestamente, se puede producir angustia con una reacción corporal inversa, a saber, de estrechamiento y contracción (reacción del sistema simpático) por medio de una sustancia de acción contraria a la colina, p.ej., la adrenalina (o sales de calcio y de magnesio). Estas son en general las bases de las ideas de Reich sobre la génesis de las neurosis y su manifestación en la coraza de carácter o en la coraza muscular.

Reich insiste en que nunca son músculos aislados sino complejos de músculos, que corresponden a cierta unidad funcional vegetativa, los que se ponen en tensión y así determinan la estructura de la coraza muscular y de la expresión del cuerpo (de alguien que resiste se dice, en el lenguaje usual, que «no baja la cerviz»). La contractura muscular es el lado corporal del proceso de la represión y la base del mantenimiento de esta (Reich, 1972, pág. 228). Así, contracturas parciales de boca, quijada y cuello indican que es preciso sofocar impulsos de llanto; la respiración superficial con tensión de los músculos abdominales, típica del neurótico, nace en la lucha contra la angustia de expectativa, etc. Funcionalmente, el cuerpo se articula, con relación a la armadura, en siete segmentos: ocular, oral, cervical (cuello), torácico, diafragmático, abdominal y pélvico.

En correspondencia con estos descubrimientos y su elaboración teórica, Reich prefirió cada vez más el trabajo directo sobre el cuerpo al trabajo sobre las pautas (psíquicas) de resistencia en el análisis del carácter. Con diversas formas de masaje, las tensiones musculares eran aflojadas y eliminadas, abordaje que denominó «vegetoterapia analítica del carácter» o, simplemente, «vegetoterapia». Por regla general el trabajo de la terapia del cuerpo empezaba por el segmento torácico, donde se petrifican en particular la ira, el llanto y la añoranza.

Junto al trabajo directo sobre la musculatura endurecida, la vegetoterapia atribuye importancia central al trabajo sobre la respiración, sobre todo en el sentido de una espiración profunda, que, según Reich, es sofocada y estorbada en la mayoría de los neuróticos. Reich, quien ya en esa época se pronunció en favor de la difusión de la medicina psicosomática, responsabiliza en este contexto a la «simpaticotonía» crónica -actitud crónica de inspiración torácica con limitación de la espiración plena (vagotónica), lo cual sofoca sensaciones de órgano y afectos- de toda una serie de síntomas psicosomáticos, p.ej., hipertensión cardíaca y de los vasos, úlcera gástrica, diversos espasmos esfinterianos, etc. (cf. Reich, 1972, págs. 272 y sigs.).

En el detalle de la exposición de casos, Reich muestra que este trabajo corporal trae a la luz de una manera que se diría automática los afectos y, ligados con estos, los recuerdos que fueron decisivos para el desarrollo de los rasgos del carácter neurótico. Escenas y recuerdos cruciales -en la mayoría de los casos provenientes de la niñez más temprana- acuden a la memoria del cliente con toda inmediatez. Por esta razón, en el trabajo vegetoterapéutico cuerpo y carácter (en el sentido ya definido) son tratados en definitiva como funcionalmente idénticos: el trabajo sobre las posturas musculares y sobre la conducta (modalidad de resistencia) característica marchan de consuno, sea que se señalen al cliente sus pautas características de conducta defensiva o sus tensiones posturales crónicas, o que él llegue a percibir las gracias a ejercicios respiratorios o por la manipulación directa del terapeuta sobre los grupos musculares endurecidos. Para concluir, expongamos de nuevo, con palabras de Reich, este nexo funcional entre excitación corporal y correlatos psíquicos (excitaciones, representaciones, etcétera):

«Tenemos en definitiva la siguiente serie de funciones en el desarrollo de un círculo de representaciones psíquicas en el dominio corporal:

- a. La excitación psíquica es funcionalmente idéntica a la excitación corporal.
- b. La fijación de una excitación psíquica sobreviene por el establecimiento de cierto estado vegetativo de inervación.
- c. Este alterado estado vegetativo altera la función de órgano.
- d. El "significado psíquico del síntoma orgánico" no es otra cosa que la postura corporal en la que se expresa el "sentido psíquico" [ . . . ].

e. El estado vegetativo fijado reaccúa a su vez sobre el estado psíquico; la percepción de un peligro real produce los mismos efectos que una inervación simpaticotónica; esta aumenta la angustia; la angustia acrecentada reclama un acorazamiento que es asimilable a la ligazón de energía vegetativa en el acorazamiento muscular. Esto vuelve a perturbar la posibilidad de evacuación y aumenta la tensión, etcétera.

Lo psíquico y lo corporal se condicionan vegetativamente lo uno a lo otro y al mismo tiempo funcionan como un sistema unitario» (Reich, 1972, pág. 264).

Reich siguió avanzando en la investigación de los aspectos energéticos y de los procesos vitales biofísicos en general hasta el descubrimiento de la energía del orgón; por eso la vegetoterapia modificada fue rebautizada «terapia del orgón». Pero las ideas que expusimos en estas páginas constituyen la base de diversas terapias corporales. Esto es válido en particular para la bioenergética, que sigue de cerca a Reich. Por esa razón en el capítulo que sigue se podrán aclarar todavía algunos puntos del trabajo práctico. A diferencia de Reich, quien en la perspectiva del orgón tenía en vista un nexo entre la energía corporal y la cósmica, la mayoría de estos abordajes de terapia corporal se limitan al tratamiento de la energía corporal (excepción a lo cual es la «terapia del núcleo» de Pierrakos, que en estas páginas mencionaremos sólo muy brevemente; cf. el capítulo 6 y, p.ej., Pierrakos, 1977).

## 6. Bioenergética (Lowen)

El análisis bioenergético -o sintéticamente la «bioenergética» de Alexander Lowen es hoy más conocido y está más difundido que la vegetoterapia, aunque se edificó en buena medida sobre la base de los trabajos teóricos de Reich. Tal vez esto se deba a que el propio Reich desde mediados de la década de 1940 se dedicó preferentemente a las indagaciones sobre la energía del orgón, que debían proporcionar el fundamento de una «escuela terapéutica». (Por eso ni siquiera la designación de la terapia de Reich es coincidente en quienes lo invocan de manera directa; además de la difundida de «vegetoterapia», p.ej., Elsworth Baker y Arthur Nelson, 1983, emplean la posterior de «terapia del orgón»; David Boadella, 1977, la llama «bioenergética».)

Alexander Lowen (nacido en 1910) trabajó primero (desde 1934) como abogado; en 1940 conoció a Reich, se hizo analizar por él (1942-1945) y fue su alumno durante un lapso de doce años, con una sola interrupción entre 1947 y 1951 para estudiar medicina en Ginebra. Desde 1952 ejerció como psiquiatra en su consultorio. En 1956 fundó junto con John C. Pierrakos en Nueva York el Institute for Bioenergetic Analysis. Pierrakos, también seguidor de Reich, elaboró junto con Lowen los aspectos esenciales de la bioenergética, en lo principal sobre la base de un único analizando, el propio Lowen: «En común hicimos un trabajo sobre mi propio cuerpo, y a partir de esto se desarrolló la bioenergética» (Lowen, 1979, pág. 29).

Pero el concepto de «bioenergética» se asocia casi exclusivamente con Lowen: Pierrakos abandonó en 1974 el mencionado instituto y fundó otro, donde enseñó su elaboración propia de la bioenergética, la «terapia del núcleo». En este abordaje el concepto de energía aparece mucho más trabajado; se toma en cuenta, p.ej., el «aura» (por «aura» se entiende un campo energético estructurado, pulsante, que rodea a todos los cuerpos; como este fenómeno no ha sido aceptado -¿todavía?- por la psicología académica, su exposición en detalle saldría del marco de este manual introductorio; pero cf., p.ej., Pierrakos, 1977).

A que la designación «bioenergética» se asociara con el nombre de Lowen contribuyó sin duda su prolífica pluma: sustentó su concepción de la bioenergética en profusión de libros y artículos que están bien escritos, son claros, pero hacen que echemos de menos la rigurosa y precisa argumentación lógica de Reich. Tal vez no deje de presentar interés en este contexto la siguiente cita de Kufner (1984, pág. 256): «Parece que cierta vez Lowen dijo a Reich, cuando este le propuso terapia: en realidad lo que yo quisiera es ser famoso. La respuesta de Reich fue: yo lo haré famoso».

Además, existe un tercer cofundador de la bioenergética, William («Bill») Walling, que entretanto ha sido olvidado por completo. Las bibliografías no lo mencionan, y en los trabajos sobre bioenergética sólo se lo cita de pasada o, como ocurre en el caso de Lowen, en un libro (1979) en que empero expone los orígenes de la bioenergética, se omite mencionarlo. «Tal vez», conjetura Kufner (1984, pág. 256), «él [Walling] ha realizado en su vida lo que Lowen tanto recomienda: gozar de ella placentemente».

En muchas de sus partes, la concepción teórica de la bioenergética se basa en la vegetoterapia. No se puede decir que Lowen haya ampliado sustancialmente la teoría de Wilhelm Reich; su principal mérito consistió más bien en proveer a esta concepción de un vasto espectro de ejercicios saludables y de indicaciones para el trabajo terapéutico concreto. Excepción a esto es sin duda la ampliación de las «estructuras del carácter» de Reich con dos nuevas clasificaciones (véase *infra*), la esquizoide y la oral: expuso la primera con detalle en su libro *La traición al cuerpo* (1967), y la segunda, en *Depresión* (1972).

Los puntos de partida centrales de la bioenergética son en buena medida los mismos de la vegetoterapia, a saber, la economía energética del cuerpo, la necesidad de un fluir desbloqueado, espontáneo en todo lo posible, de esa energía, y su descarga por medio de contracciones musculares, la identidad funcional de bloqueos corporales y psíquicos, es decir, los «acorazamientos» (que se manifiestan en posturas corporales, por una parte, y en actitudes del carácter, o pautas de resistencia, por la otra); y, no en último término, la equivalencia funcional de cuerpo y psique, que desde luego se extiende al trabajo terapéutico, lo cual hace que la designación «análisis bioenergético» resulte sustancialmente más precisa que «bioenergética» para caracterizar esta corriente.

A causa de estas coincidencias, en la exposición que sigue tomaremos en cuenta, en los puntos esenciales, las diferencias del trabajo de Lowen respecto de la vegetoterapia de Reich.

## 6.1 Estructuras bioenergéticas del carácter

Lowen toma de Reich el «carácter» como perspectiva central. Este es situado en conexión directa con la organización del conjunto de los mecanismos vitales de dominio, organización que está al servicio -sobre todo durante los procesos de desarrollo de la primera infancia, cuando se establecen las estructuras básicas de la defensa frente al displacer y del dominio de los conflictos. La defensa, como estrategia de dominio, queda entonces a cargo del organismo entero (o mejor, del organismo como sistema único) y, por lo tanto, abarca aspectos anímicos y corporales.

Todo estrés, sea físico o psíquico (también respecto de ello la división es arbitraria), causa tensiones en el cuerpo, que normalmente desaparecen una vez eliminado el estrés. Pero si este es permanente (p.ej., conflictos emocionales irresueltos, frustración continua de necesidades importantes, etc.), aquellas tensiones se vuelven crónicas, se precipitan en tensiones musculares. Ya Reich había mostrado que estas son típicas y funcionales con relación a ciertos peligros de los cuales es preciso defenderse: el niño pequeño se defenderá de sentimientos demasiado intensos de duelo y desesperación por medio de una respiración superficial e inhibiendo la espiración. Si hace esto duraderamente, la musculatura interesada adquirirá una tensión crónica. Entonces, las tensiones provienen de conflictos emocionales específicos o de circunstancias gravosas que se han venido experimentando en el curso de la vida. Como el sistema muscular determina la postura del cuerpo, estas tensiones características conducen a «actitudes del carácter» típicas, de las que a su vez resultan determinado vivenciar y cierta conducta (p.ej., la coraza muscular acorde obstaculiza la respiración profunda y, con ello, la vivencia de sentimientos intensos de tristeza).

Las estructuras del carácter son, entonces, pautas típicas de reacción psicósomática y representan «la historia encarnada de la persona, que se puede leer en su cuerpo con la misma precisión con que el desarrollo de un árbol en su respuesta a los cambios climáticos se interpreta por el estudio del crecimiento, la proporción y los tejidos, o sea, los anillos anuales» (Büntig, 1983, pág. 77). El concepto de «pauta de reacción» indica que el abordaje de las estructuras del carácter no se debe considerar estático, como algo que el individuo poseyera (por herencia, o en el sentido de una tara), sino dinámico, como algo que el individuo hace (sobre todo por infortunadas circunstancias). Las estructuras del carácter son hábitos cognitivos y de conducta «encarnados» (en el pleno sentido literal del término) que se repiten de manera cotidiana a modo de un reflejo, casi siempre inconcientemente, y que definen la postura (corporal y espiritual) del hombre frente a él mismo, a quienes lo rodean y a las grandes cuestiones existenciales de la vida.

Respecto de estas pautas básicas son decisivos, como hemos dicho, sobre todo conflictos y traumas experimentados durante los procesos de desarrollo de la primera infancia, en particular, necesidades insatisfechas, cuyas frustraciones han dejado una fuerte marca en el cuerpo. «Están empero sometidas a un metabolismo, y por eso, dentro de límites que dependen de su grado de arraigo y también de la disposición personal al cambio, son modificables hasta un punto que parecía imposible: he visto, con la aplicación de la terapia bioenergética, a esquizofrénicos que recuperaban una relación satisfactoria con el trabajo y el sexo, a mujeres añidadas que desarrollaban su estrecha cintura [ . . . ] como en una pubertad tardía, a melancólicos de pie plano que recuperaban el arco y las ganas de vivir, a mujeres jóvenes que se libraban de una artrosis en la articulación de la rodilla [ . . . ]» (Büntig, 1983, pág. 77) .

Las estructuras del carácter, que Lowen aplica para la clasificación de los diversos hábitos patológicos (en el sentido indicado), se presentan en una división diferente de la descrita por Reich. Lowen (1979) distingue cinco tipos: «esquizoide», «oral», «masoquista», «psicópata» y «rígida». Las últimas tres se corresponden aproximadamente con los tipos de Reich, mientras que las dos primeras son aportes de Lowen. Se trata de estructuras adquiridas por frustraciones y conflictos experimentados en la primerísima infancia. Ya en el capítulo que dedicamos a Freud señalamos que ajuicio de muchos científicos (formados en la psicología profunda) estas perturbaciones tempranas se han hecho más frecuentes en las últimas décadas. Büntig (1983) distingue además, dentro de la estructura «esquizoide», una «estructura esquizofrénica del carácter» que se adquiere a una edad más temprana.

En su teoría del carácter, Lowen (1979) describe cada una de las estructuras por medio de cierto estado bioenergético, de la forma de manifestación corporal de este, de sus rasgos como )mitantes psicológicos, y de la mención de factores

causales e históricos. Recordemos que esta clasificación no lo es de individuos sino de actitudes defensivas neuróticas; un individuo concreto, con sus actitudes defensivas, presenta por regla general una mezcla de estos tipos.

Según señalamos, Lowen no se limita a considerar los seis tipos de Reich como «estructuras del carácter» y a agregarles las dos dilucidadas por él, sino que escoge una clasificación nueva; p.ej., el «carácter rígido» de Lowen incluye los caracteres «fáliconarcisista», «pasivo-femenino», «masculino agresivo» e «histérico» de Reich. La razón es que Lowen se guía menos por las fases del desarrollo libidinal según Freud que por una jerarquía de las necesidades en el curso del desarrollo:

0. Existencia: primero, en el útero, el «niño» está, simplemente, guarecido y satisfecho por completo, sin verse obligado a anunciar sus necesidades. Tiene el derecho de existir.

1. Necesidad: tras el nacimiento, experimenta enseguida una variedad de necesidades, de alimento, proximidad, ternura, etc. Aquí se trata del derecho a la satisfacción de necesidades.

2. Independencia: en la siguiente fase del desarrollo, se trata del derecho de ser autónomo e independiente («puedo hacerlo yo mismo»).

3. Proximidad (cobijo): gracias a la independencia adquirida, en la fase siguiente se desarrolla un «te necesito» dirigido a la personalidad de la madre.

4. Libertad: adviene después una fase en que se trata del derecho a la libertad y también a oponerse a los padres.

5. Sexualidad/amor: el último de los derechos naturales de un niño (entre los tres y los seis años más o menos) es la identidad con relación a su propio sexo, o sea, la identificación con el progenitor del mismo sexo y la inclinación amorosa hacia el de sexo opuesto (por lo tanto, de lo que Freud caracterizó como complejo de Edipo).

Daños (frustración de las necesidades) recibidos en estas fases del desarrollo conducen a las correspondientes y características estrategias de dominio: las estructuras del carácter. Estas se pueden entender entonces como «rescrituras anacrónicas de conflictos de la primera infancia, ahora en buena parte inconcientes, entre dos de las necesidades básicas que se siguen en la serie del desarrollo [ . . . ] y que a modo de compulsión de repetición [ . . . ] se reactualizan una y otra vez en la esperanza (también inconciente) de su resolución» (Búntig, 1983, pág. 80). Así, p.ej., el carácter esquizoide está determinado por el conflicto «existencia contra necesidad» (0/1). La solución de un conflicto significa que la oposición de valores desaparece, es decir que «el individuo esquizoide comprueba que existencia y necesidad no se excluyen forzosamente entre sí y uno puede conjugar las dos» (Lowen, 1979, pág. 151).

Una exposición detallada de las estructuras del carácter con arreglo a los puntos de vista mencionados (estado bioenergético, forma de manifestación corporal, etc.) rebasaría el marco de este manual. En lugar de ello, presentaremos (según Lowen, 1979; con modificaciones mínimas) la tipología que se ordena con arreglo a la jerarquía establecida por Lowen en cuanto al grado de intimidad y contacto, ~ con arreglo al conflicto básico que impera en cada caso:

1. El carácter esquizoide evita la intimidad. El conflicto reza: «Si satisfago mi necesidad de proximidad, mi existencia queda amenazada». Dicho de otro modo: «Puedo existir mientras no necesite intimidad». El esquizoide tiene que perseverar entonces en el estado de aislamiento. (En síntesis: «existencia contra necesidad».)

2. El carácter oral puede alcanzar proximidad sólo sobre la base de su necesidad de calidez y sostén, o sea, sobre una base infantil. El conflicto reza: «Para ser autónomo e independiente, tengo que renunciar al sostén y a la calidez». Esta máxima obliga al individuo oral a permanecer en una posición dependiente. Por eso es modificada después: «Puedo satisfacer mi necesidad de sostén y calidez mientras no sea independiente ni autónomo». Si este individuo abandonara su necesidad de amor y proximidad corporal, entraría en un estadio esquizoide, que niega con intensidad todavía mayor la realidad y la vida. (En síntesis: «necesidad contra independencia».)

3. El carácter psicopático sólo puede establecer con los demás una relación en que lo usen. Mientras es usado y puede gobernar la relación, es capaz de dejar que se desarrolle cierta medida de intimidad. En esta estructura prevalece un conflicto entre independencia o autonomía y necesidad de cobijo y de unión: «Puedo estar cerca de ti si consiento en que me guíes o me uses». Ahora bien, el individuo psicopático no lo puede consentir porque tendría que perder su autoestima. Por otra parte, no es capaz de extirpar su necesidad de proximidad, como en cambio lo hace el esquizoide, ni de afrontar el riesgo de la independencia, como ocurre en el carácter oral. En este dilema se vio obligado de niño a permutar los roles. En sus relaciones actuales hace el papel de guía y de padre seductor frente a su pareja, que debe adoptar una posición oral. Si mantiene control sobre el otro, puede admitir cierto grado de proximidad. Lo podríamos expresar así:

«Puedes estar cerca de mí» en lugar de «Tengo la necesidad de estar cerca de ti». (En síntesis: «independencia contra proximidad o cobijo».)

4. El carácter masoquista es capaz de establecer una relación estrecha pero sólo sobre la base de una postura de sometimiento. Una relación de esta índole no es desde luego plena, pero resulta más íntima que la establecida por los tipos de carácter mencionados antes. En este caso obra el conflicto entre la necesidad de amor o de unión y la necesidad de independencia. Dicho más simplemente: «Si soy libre, no me amarás». En vista de este conflicto, el masoquista declara: «Quiero obedecerte, y a cambio de ello me amarás». (En síntesis: «proximidad o cobijo contra libertad».)

5. El carácter *rígido* establece relaciones bastante estrechas. Empleo el término «bastante» porque a pesar de la intimidad y del compromiso aparentes, él está siempre en guardia. El carácter rígido es relativamente libre: relativamente,

porque mantiene continua vigilancia sobre su libertad, no dejando que lo trastornen los deseos de su corazón. Podríamos describir así su conflicto: «Puedo ser libre si no pierdo la cabeza y no capitulo ante el amor». La capitulación ante el amor tiene para él un regusto de sometimiento que, según le parece, lo degradaría a un carácter masoquista. En consecuencia cuida de que su deseo y su amor nunca sean intensos. (En síntesis: «libertad contra capitulación ante el amor».)

## 6.2 «Estar plantado» y trabajo corporal

Uno de los conceptos principales de la bioenergética es el de «estar plantado» (*grounding*). Inicialmente nació de la necesidad de Lowen, en su propia terapia, que hizo con Pierrakos, de «plantarse mejor sobre sus piernas, tomar plena conciencia de ellas». «Por eso empecé a desarrollar el trabajo terapéutico (en carácter de cliente) de pie, ya no más acostado, como lo hacía con Reich» (Lowen, 1979, pág. 28). Poco a poco nació de esto una concepción que fue adquiriendo mayor extensión: estar plantado en el propio cuerpo, en la psique, en la sexualidad (esto último es, según Lowen, el equivalente bioenergético de la «potencia orgásmica» de Reich, aunque también este había incluido en su concepto la función corporal total y la psique). En el estar plantado se trata ante todo de la modalidad y la medida del contacto con el suelo. Con ello se relacionan el equilibrio y la gravitación, y por lo tanto toda la postura (corporal) del individuo. Esta conexión justifica de hecho, en una variedad de terapia que atiende sobre todo a las posturas corporales con sus bloqueos de energía como equivalentes funcionales de las posturas del carácter y los daños psíquicos que las han causado, no «aferrarse al diván» sino prestar acrecentada atención al modo de plantarse en el suelo.

Pero en su acepción sustancialmente ampliada, en el estar plantado se trata de toda la postura frente a las cosas y personas del mundo, y frente a uno mismo en tanto persona y en tanto cuerpo, aunque en la bioenergética una y otro forman una identidad: «El axioma básico reza: la persona es su cuerpo» (Lewis y Lowen, 1977, pág. 217). Desde luego que este «es», por más que Lowen lo haya enunciado de ese modo en diversos escritos, se debe entender más bien como una correlación funcional, porque de lo contrario carecería de sentido esta formulación que encontramos sólo tres páginas después: «el estar plantado [ . . . ] incluye el estar plantada la persona en su cuerpo»; en efecto, si la persona es el cuerpo, no podría estar más o menos plantada en él. Los aspectos principales a que el terapeuta atiende respecto del estar plantado incluyen funciones de la motilidad, funciones perceptivas y capacidades de expresión (cf. Pechtl, 1980).

En conexión con el estar plantado -y la introducción de las extremidades inferiores en el trabajo corporal-, Lowen desplaza respecto de Reich la secuencia en que son tratados los segmentos de la coraza muscular: si Reich orientaba el trabajo «desde arriba hacia abajo», con término y punto de gravedad en la musculatura del bajo vientre (lo que implicaba una fuerte acentuación de la sexualidad), Lowen lo orienta «desde las extremidades (por lo tanto, arriba y abajo) hacia el núcleo [core]». No se propone como meta y centro del trabajo el bajo vientre sino el corazón -en el sentido corporal y en el traslático-. (Es posible que esto se deba atribuir en particular al influjo de Pierrakos, porque, en conexión con las formas de energía del aura, el corazón es considerado el centro.)

El trabajo corporal en la bioenergética se compone del tratamiento y también de ejercicios. Aquel incluye masajes, presión y palpaciones suaves a fin de acrecentar la motilidad, es decir, el juego natural y espontáneo de los músculos y su microvibración. Cuantas más tensiones se resuelvan y más descontracturados estén los músculos, tanto más sutil será la vibración. Los dos imperativos centrales son, según Lowen, mantener en todo momento elásticas las rodillas y soltar el abdomen. Con las rodillas tiesas, el cuerpo permanece rígido desde las caderas: funcionalmente sirve sólo como sostén. Pero naturalmente la sección inferior del cuerpo (y su libre fluir energético) es tan importante como la superior; ella está sobre todo al servicio del movimiento, la evacuación y la sexualidad (ámbitos que el hombre «civilizado» descuida cada vez más), mientras que la sección superior concurre al pensamiento, al habla y a la manipulación del mundo exterior. Soltar el vientre es esencial sobre todo para una respiración libre (véase *infra*).

Los ejercicios, elaborados en el curso de dos décadas, se realizan en las sesiones de terapia (con el paciente solo o en grupos) y se dan también como tareas para el hogar. Su principal objetivo es obtener: 1) más contacto con el suelo (el «estar plantado»); 2) una acrecentada vibración del cuerpo; 3) un ahondamiento de la respiración (véase *infra*); 4) una elevación de la autoconciencia, y 5) la ampliación de la expresión de sí (cf. Lowen y Lowen, 1979, donde se detallan y se exponen según su función y su efecto más de cien ejercicios).

Lowen da un tratamiento que en buena medida es psicoanalítico a las experiencias que el paciente obtiene en el tratamiento y con los ejercicios. En ese momento pasa al primer plano la dinámica entre necesidad y resistencia en tanto fenómeno nuclear de las estructuras del carácter. La unidad de psique y soma, cuyo papel esencial en la génesis de las perturbaciones expusimos antes, se toma especialmente en consideración en el tratamiento.

## 6.3 Respiración y voz

La respiración tiene en la bioenergética más importancia aún que en la vegetoterapia. Desde la perspectiva energética, en efecto, la respiración, en tanto provee de oxígeno al organismo, es junto con la nutrición la que proporciona la energía corporal. Una respiración profunda es por lo tanto la vía más directa para elevar el nivel de energía, cuya limitación es uno de los rasgos más típicos de neuróticos y psicóticos (junto a la perturbación de ritmos corporales esenciales, como el intercambio metabólico, el ritmo cardíaco, etcétera).

En esto existe acción recíproca: un nivel de energía demasiado bajo limita las posibilidades de expresión plena de los sentimientos y de la motilidad (véase *supra*). A su vez, estos bloqueos musculares limitan el aporte de energía que la respiración procura, y el cuerpo termina por necesitar menos energía: el sistema se estabiliza en un nivel energético más reducido. De igual modo la respiración limitada es funcional para la génesis -antes expuesta- de perturbaciones en la infancia temprana: las tensiones musculares y las perturbaciones respiratorias conexas están destinadas a sofocar los afectos, los sentimientos y la liberación tormentosa de energías vitales, protegiendo así al organismo de conflictos o de exigencias ingobernables.

Lowen señala que en la respiración natural los movimientos trascurren a modo de ondas: la onda de inspiración se inicia bien hondo en el bajo vientre y fluye hacia arriba hasta la boca, y la onda de la espiración se inicia en esta y fluye otra vez hacia el bajo vientre. Esta espiración trae consigo una distensión de todo el cuerpo. «Los individuos que tienen miedo de dejarse ir presentan también dificultades respiratorias. Aun con espiración forzada el pecho les queda un poco insuflado. Un pecho muy dilatado obra como defensa frente a sentimientos de pánico, que se asemejan al miedo de no tomar aire suficiente. Si un individuo en ese estado suelta todo el aire, experimenta un pánico instantáneo que lo obliga a una honda inspiración y a dilatar el pecho. Mantiene en su pecho inflado una gran reserva de aire a modo de cinturón de seguridad. Tiene miedo de abandonar esta seguridad ilusoria. Por otro lado, existen individuos que temen pedir, y a estos les resulta difícil la inspiración plena» (Lowen y Lowen, 1979, pág. 29).

La respiración profunda, que es un aspecto esencial del tratamiento terapéutico y de los ejercicios bioenergéticos, no sólo determina una mayor recepción de energía sino que también se descarga más energía por la vía de la vibración corporal que de ese modo se consigue. Este proceso se suele apoyar en «posiciones de estrés» bioenergéticas, adoptadas las cuales los músculos empiezan a temblar. A menudo se emplea un instrumento especialmente diseñado, la «silla respiratoria», que es un taburete de unos sesenta centímetros de alto en que el paciente se respalda, lo que estimula su respiración sin necesidad de hacer ejercicios especiales.

En este mismo orden de ideas, la bioenergética presta particular atención a la voz. Lowen señala que «per-Bona» significa «sonar a través». La voz es una forma importante de vibración para el cuerpo: «gritos», «gemidos» y «suspiros» muestran con claridad que la voz no tiene sólo un carácter funcional-comunicativo sino que es también el medio necesario para expresar sentimientos y, aun, a la persona en su totalidad; ya el recién nacido inicia su respiración con el primer grito. Una respiración restringida presenta, según Lowen, una elevada correlación con una voz apagada, débil o sin profundidad. Entretanto, en la bioenergética de Pierrakos y Lowen se introducen ejercicios vocales para aclarar la voz y aflojar las tensiones correspondientes (cf., p.ej., Lewis y Lowen, 1977, págs. 238 y sigs.).

Para concluir señalemos que la bioenergética, aunque se caracterice por una gran cantidad de ejercicios específicos, en definitiva puede ser utilizada en cualquier otra técnica. Lowen insiste en que lo importante en el análisis bioenergético «no es lo que nosotros hacemos sino el modo en que comprendemos la vida y sus itinerarios, incluidos los nuestros» (Lewis y Lowen, 1977, pág. 220).

## 7. Análisis transaccional (Berne)

Los principios del análisis transaccional fueron elaborados por Eric Berne (1910-1970) en las décadas de 1940 y de 1950. Berne nació en Montreal, Canadá; su verdadero nombre era Eric Lennard Bernstein. Después de formarse como cirujano emigró en 1935 a los Estados Unidos donde estudió psiquiatría. Ejerció como psiquiatra de 1941 a 1943 en una clínica de Nueva York. De 1943 a 1946 trabajó como psiquiatra del ejército, tras lo cual volvió a su consultorio privado.

Tres acontecimientos de la vida de Berne contribuyeron particularmente a que creara el análisis transaccional: primero, como psiquiatra militar estaba obligado a producir diagnósticos autorizados en el plazo más breve para la mayor cantidad de soldados; segundo, sus análisis con Paul Federn y Erik Erikson (cf. nuestro esquema del capítulo 1): del primero tomó el punto de vista de la pulsión de muerte y la concepción de los cambiantes «estados del yo» (véase *infra*), y del segundo, la noción de confianza básica del recién nacido; por último, el rechazo de su solicitud de ingreso en la Asociación Psicoanalítica en 1956, con el argumento de que debía someterse todavía durante varios años a un análisis personal (cf. Cheney, 1971). Esto movió a Berne a elaborar su propia concepción de la personalidad, la interacción social y la psicoterapia, y a publicar sus ideas, sobre todo desde 1957, en numerosos artículos y libros.

En los países de lengua alemana el análisis transaccional es conocido sobre todo por ediciones populares de *Juegos de los adultos* (publicado por Berne en los Estados Unidos en 1964) y de *Yo estoy o. k. Tú estás o. k.*, de Thomas A. Harris (1975), discípulo de Berne. En 1962 inició esta la publicación de una revista, que desde 1971 se llama *Transactional Analysis Journal*; en 1964 fundó la Asociación Internacional de Análisis Transaccional.

La concepción básica del análisis transaccional parte de ideas del psicoanálisis y de la psicología individual; toma de Freud sobre todo las nociones de energía y de libido, así como su modelo estructural, y de Adler, las pautas de la expectativa social, la «constelación familiar» y el «plan de vida» (véase *infra*). Pero en esas ideas integra, además de los ya mencionados influjos de Federn y de Erikson, nociones humanistas, de psicología social y de teoría del aprendizaje. En general, Berne quiso asimilar en su análisis transaccional diversos campos del saber, y elaborar sobre esa base una forma de terapia comprensible para la mayoría de las personas y fácilmente comunicable. Por eso sus escritos suelen tener un fuerte sesgo «periodístico», caracterizado por formulaciones y ejemplos intuitivos, fáciles. Si esto determinó la rápida difusión del análisis transaccional en los Estados Unidos y también en Alemania, estorbó, por la insistencia en su indudable aplicabilidad pragmática, una fundamentación teórica fina de los abordajes expuestos.

Los segmentos teóricos tomados de otras corrientes fueron a menudo vulgarizados por medio de categorías «atractivas», y así se los volvió asequibles para una vasta práctica en el campo psicosocial, mucho más allá de la psicoterapia en el sentido estricto. Acaso esto no suponga un juicio adverso, sobre todo en vista de la plétora de teorías psicológicas refinadísimas de las que no se sigue nada para la práctica. De todos modos, cuando Cheney (1971, pág. 19) cree poder afirmar que «el análisis transaccional incluye al psicoanálisis», semejante pretensión parece provenir más de los deseos omnipotentes del «yo niño» (véase *infra*) que de una adecuada apreciación de la realidad por parte del «yo adulto» de un analista transaccional.

A pesar de su estrecha relación con el psicoanálisis y la psicología individual (por cuya causa lo incluimos también nosotros, como es habitual, entre los abordajes de psicología profunda), la imagen del hombre en que se sustenta el análisis transaccional se corresponde con la de la psicología humanista: el hombre se aprehende como ser singular y en su totalidad, se insiste en la autodeterminación y en la responsabilidad personal. Las metas esenciales de la terapia son la autorrealización (con responsabilidad social) y el crecimiento de la persona. Por todo esto es frecuente que se lo clasifique entre las terapias humanistas (cf. el capítulo 12). En oposición a los demás abordajes humanistas, es cierto que en el análisis transaccional se atribuye al niño «libre», «natural», también una parte cruel, sádica, hambrienta de poderío; Berne la caracteriza como el «pequeño fascista». Tal vez esto tenga su origen en el influjo del analista didacta de Berne, Paul Federn, quien se contó entre los precursores y sostenedores del concepto de la pulsión autónoma de destrucción y de agresión (cf. Federn, 1932).

Los conceptos nucleares del análisis transaccional son: 1) «análisis estructural», por medio del cual se puede aprehender con fines diagnósticos la estructura de la personalidad; 2) «análisis transaccional» (en sentido estricto), que permite establecer de manera sistematizada tramos específicos de comunicación; 3) «análisis de juegos», que refiere categorialmente las transacciones a modelos típicos («juegos»), muchos de los cuales son estereotipos patológicos, y 4) «análisis del guión, que consiste en la dilucidación del plan de vida personal desde el cual las transacciones se plasman como otras tantas manifestaciones actualizadas.

Sobre la base de estas perspectivas, Berne ha presentado instrumentos muy manejables y fecundos para el diagnóstico y la terapia. Falta, sin embargo, una teoría rigurosa del análisis transaccional. P.ej., no está clara la relación entre los condicionamientos tempranos (concepto que Berne en efecto emplea) y las decisiones de un individuo al que se considera autónomo. Por esta circunstancia, sobre todo después de la muerte de Berne, los diferentes institutos de análisis

transaccional han privilegiado aspectos distintos (véase infra), aunque es cierto que los principios siguen siendo los mismos. Hagehulsmann y Hagehulsmann (1983) opinan, siguiendo a Gouling (1967), que «ya no se puede hablar del análisis transaccional sino de diversos abordajes, orientaciones o escuelas, que se fecundan entre ellos y parten de supuestos distintos sobre el desarrollo humano, el crecimiento y los objetivos centrales de la terapia» (pág. 1319). Pero sostienen que los conceptos básicos del análisis transaccional han sido asimilados por otros abordajes e integrados en la acción terapéutica (en virtud de lo cual forzosamente nace algo nuevo sin que se deba hablar de una «orientación» o «escuela»).

En efecto, los conceptos fundamentales que a continuación exponemos se prestan muy bien, justamente porque carecen de una teoría refinada, a ser asimilados por otros abordajes como extensión práctica, sobre todo en la terapia de pareja y de grupos, o cuando se busca adquirir rápidamente habilidades básicas para una mejor percepción del obrar interhumano.

## 7.1 Análisis estructural

En primer lugar, la personalidad se articula de manera aproximada en tres «estados del yo» que son determinantes para la plasmación de los procesos intraindividuales -percepción, sentimiento y pensamiento, incluido el «diálogo interior»- y también para las actividades dirigidas hacia afuera. Estos estados del yo se denominan (según la secuencia del desarrollo): «yo niño» (N), «yo padres» (P) y «yo adulto» (A). Cada estado del yo se caracteriza por una pauta de proceso deslindable; esta clasificación corresponde de manera aproximada a la que establece el psicoanálisis entre «ello», «yo» y «superyó».

Por lo común el modelo estructural de la personalidad es figurado en la forma de tres círculos dispuestos uno sobre otro, como lo muestra el diagrama estructural que reproducimos y que es, por así decir, la marca de fábrica del análisis transaccional.



Especifiquemos ahora estos tres estados del yo:

Yo niño (N): mociones afectivas y deseos espontáneos, no controlados, gobiernan la selección y el procesamiento de información así como las acciones. Este estado del yo representa relictos regresivos de un período anterior; en particular, contenidos fuados en la primera infancia, que en determinadas situaciones se vuelven operantes.

Yo adulto (A): predomina el procesamiento cognitivo de todos los influjos (en particular los que provienen del entorno del organismo, del yo niño y del yo padres), así como su trasposición autónoma en una (re-)acción racional y fundada frente al ambiente objetivo.

Yo padres (P): gobiernan este estado del yo normas y valores internalizados, a menudo sin previo examen y en la forma de prejuicios; imita principios de juicio y de acción de las figuras parentales y representa las exigencias impuestas por vía normativa (recogidas en el curso del desarrollo).

En principio toda persona posee los tres estados del yo (incluidas las diferenciaciones que exponemos más adelante), pero en el nacimiento están presentes sólo como disposiciones.

Según Berne, son innatas las necesidades básicas psíquicas de «hambre de dedicación», «hambre de estimulación» y «hambre de estructura temporal». Innatos son, además, los sentimientos básicos de amor, alegría, duelo, angustia y cólera. La necesidad psíquica más importante, la de dedicación, se satisface por medio de «caricias», que al principio son físicas, en forma de contacto corporal, pero que después son también simbólicas, p.ej., las alabanzas. Por el refuerzo positivo («strokes») y la internalización de estructuras valorativas y de acción, sobre todo a través de los padres, se manifiesta la estructura específica de los estados del yo en los primeros doce años de vida. El desarrollo del yo niño tardío, N2, se divide a su vez en tres estadios (cf. el esquema 7.1):

Hasta la octava semana de vida, más o menos, el niño está gobernado por sus necesidades y sentimientos básicos, y por el ansia de su satisfacción incondicional e inmediata. Esta parte infantil, el «yo niño en el yo niño» (N1), es denominada «niño somático». Después comienza el desarrollo del «yo adulto en el yo niño» (A1) que explora el mundo, rebosante de curiosidad espontánea y creadora (recepción y procesamiento de información, y ensayo de nuevas acciones). Esta parte de la personalidad es denominada también «pequeño profesor». El «yo padres en el yo niño» (P1) se desarrolla de los seis meses a los tres años; contiene pautas de acción y de valoración tomadas de los padres, así como decisiones propias, con las que el niño se adecua a las exigencias que se le hacen para obtener la satisfacción de sus necesidades (caricias). Esta parte

es denominada por Berne «electrodo» para significar que las pautas aquí almacenadas se desencadenan (y se trasponen) de manera casi automática ante la estimulación correspondiente.

Así, la plena capacidad funcional del yo niño (N2) se establece hacia el tercer año de vida. Entonces empieza a desarrollarse el «yo padres» (P2): son compiladas sin enmienda reglas cognitivas

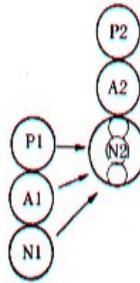
3 - 6

6 - 12

0 ; 6 - 3 «Electrodo»

0;8 - 3 Pequeño profesor

0;0 - 0;8 «Niño somático



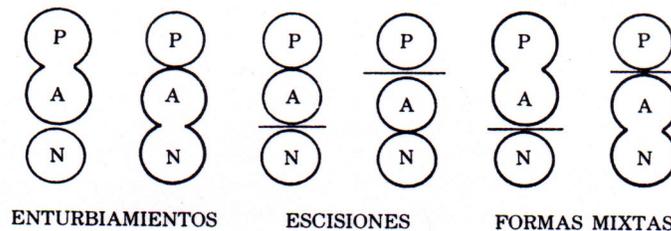
Esquema 7.1: *Desarrollo de los estados del yo*

tomadas (sobre todo) de los padres: «Quien no engaña es engañado», «El orden y la limpieza son lo más importante en la vida», etc. Este yo alcanza su capacidad funcional plena hacia el final del sexto año de vida.

Con posterioridad, hasta los diez o doce años, crece el yo adulto (A2); datos que se tomaron del yo padres y del yo niño son actualizados y puestos a prueba en la realidad, aunque no se los corrija llegado el caso. El denominado «computador» dentro de A2 emprende un reordenamiento y una adecuación de estos datos, y entrena para la apreciación de probabilidades con miras a determinadas consecuencias de la acción.

Si el desarrollo de la personalidad es sano, los tres estados del yo se deslindan con claridad unos de otros; al mismo tiempo, interactúan y así plasman una reacción como sistema total (es decir, una «transacción», véase infra). Pero si las fronteras son defectuosas, el resultado será una estructura perturbada de la personalidad: las fronteras pueden ser demasiado pasaderas, de suerte que mezclas incontrolables de contenidos produzcan un «enturbiamiento» o una «contaminación». Pero si son demasiado rígidas, y en consecuencia los diversos estados del yo se presentan prácticamente segregados en su influjo sobre la vivencia y la conducta, se habla de «escisión» o de «exclusión» (cf. el esquema 7.2).

En los dos casos indicados, la libre disponibilidad sobre todos los estados del yo se encuentra restringida: los enturbiamientos son la base de las neurosis, y las escisiones, de las psicosis. Las causas de esto se remontan al desarrollo de la infancia temprana: para satisfacer sus necesidades, tal vez el niño tuvo que aprender a dar realce desmedido a un determinado estado del yo (que después enturbia a los demás), o bien a no recurrir a determinados estados del yo (p.ej., «No puedo hacerme adulto»). Exclusión y contaminación se emplean en el análisis transaccional más para



Esquema 7.2: *Modelos de estructuras patológicas*

la comprensión y la descripción que para el pronóstico y el diagnóstico, es decir que se consideran fluidos los límites entre salud y enfermedad. Los estados del yo no son tomados en cuenta y articulados sólo por referencia a su estructura sino también en orden a la función que desempeñan en la plasmación de actividades intrapsíquicas e interpsíquicas. El yo padres se divide entonces en cuatro aspectos funcionales, con arreglo a las dimensiones „providente/nutricio», «crítico» y «constructivo/destructivo». El yo niño se divide en un sector funcional creador, natural, el «niño libre», y otro que se orienta a la pauta de dedicación de los padres, el «niño adaptado». Esta última categoría se subdivide a su vez según la

función constructiva (cuando marcha acorde con las exigencias) y la destructiva (cuando por rebelión produce una dedicación negativa).

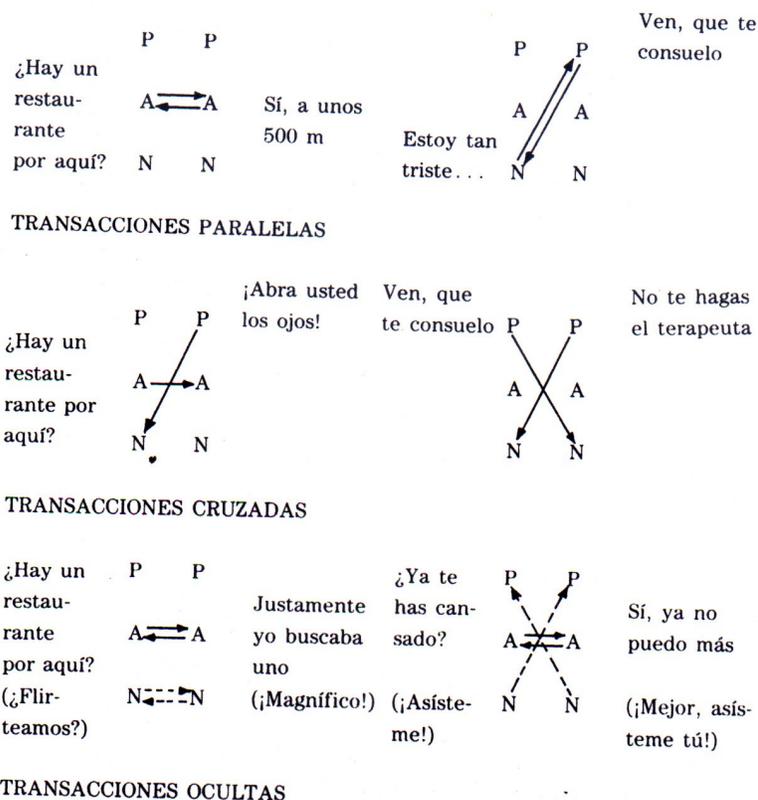
v

## 7.2 Análisis transaccional (modelo de la comunicación)

Las transacciones son mensajes interhumanos que pueden ser enviados desde cada uno de los estados del yo de una persona hacia cada uno de los estados del yo de otra, y desencadenar en esta, como reacción, un mensaje correspondiente. (En este punto se plantea el problema de la puntuación como la entiende Watzlawick -cf. el capítulo 17-: por regla general el mensaje que se toma como **punto de partida es ya** una reacción a un mensaje anterior. El análisis de las transacciones se inicia en consecuencia en un punto que se establece mediante una decisión.)

Las posibilidades de enviar un mensaje de tres estados del yo a otros tres son nueve, y lo mismo vale para el número de respuestas; por lo tanto,  $9 \times 9 = 81$  es la cantidad de pautas de transacción; y como además son posibles transacciones ocultas, en las que intervienen también tres estados del yo (véase *infra*), y cada uno de los participantes o -los dos pueden enviar esos mensajes, tenemos  $18 \times 9 + 9 \times 18 + 18 \times 18$ , es decir, en total (incluidas las primeras) 721 pautas posibles de transacción entre dos personas. Pero se las puede clasificar en tres formas principales: transacciones paralelas o complementarias, transacciones cruzadas y transacciones ocultas (cf. el esquema 7.3).

Las transacciones paralelas o complementarias son aquellas en que reacciona el estado del yo al que fue enviado el mensaje, y en dirección al estado del yo del que provino. En otro caso la



Esquema 7.3

transacción será cruzada (aunque las «flechas» no se crucen en realidad, p.ej., P a A y A a N). En el caso de las ocultas, además del contenido manifiesto se envía (por medio de mímica, gestos, tono de voz, etc.) un mensaje psicológico oculto (casi siempre referido a la relación) a un diferente estado del yo.

Más que el análisis de una transacción única (en la que no es fácil ponerse de acuerdo sobre los estados del yo que participan), importa descubrir pautas de transacción típicas, que se repiten con frecuencia, como expresión de «juegos»

(juegos de roles) aprendidos; estos, por su parte, suelen ser manifestaciones de un guión de vida básico de la persona o las personas intervinientes (este es el «análisis del guión, véase *infra*).

### 7.3 Análisis de los juegos

Un juego está compuesto por una secuencia corrida de transacciones complementarias ocultas que conducen a un resultado preciso y predecible» (Berne, 1967). Este resultado, a saber, una «ganancia emocional» (obtenida con frecuencia a expensas de otro o de varios otros), es la motivación oculta que lleva a iniciar un juego, aunque por regla general ella permanece inconciente aun para la persona participante.

Los sentimientos que se «cuentan» como ganancia emocional en un juego de esta índole son, según Berne, por lo común sentimientos «sustitutivos» o «extorsivos»: pautas de sustitución aprendidas en la niñez temprana, en las transacciones padres-hijo, de sentimientos que el código familiar no permitía (p.ej., «Los hombres no lloran»). Para satisfacer el sentimiento básico «hambre de dedicación», se adoptan aquellos roles que conducen a las «unidades de caricia» (*strokes*) requeridas. Es verdad que «caricias negativas» -golpes, insultos, ridiculizaciones- pueden llegar a satisfacer el «hambre de dedicación» si la alternativa es no recibir atención alguna.

Los sentimientos extorsivos van unidos a creencias también aprendidas, o mensajes recibidos, p.ej., «Nada me sale bien», unido a sentimientos de impotencia; o «No debo expresar lo que siento», unido a sentimientos de angustia. Estos se integran en el «plan de vida» o «guión de vida» (véase *infra*) gracias al refuerzo proveniente de las personas de referencia primero y, después, al autorrefuerzo que suele provenir del diálogo interior. Desde esta perspectiva, los roles y juegos elegidos representan manifestaciones actuales, que se repiten a modo de estereotipos, de aquel «plan de vida». Esta compulsión a las repeticiones idénticas caracteriza a los juegos como estrategias neuróticas. (Esto presenta mucha semejanza con la «compulsión de repetición» del neurótico, en la que insisten casi todas las corrientes psicoanalíticas, y del mismo modo guarda relación con las «estructuras del carácter» de Reich y Lowen.)

Un juego de esta índole es, p.ej., «Si no fuera por ti. . .», que por analogía con el procedimiento de Berne (1967) ilustremos a raíz de un ejemplo «linealmente» (o sea, refiriéndolo a la posición del que escoge el juego en cuestión; es indudable que también los otros escogen sus juegos, y por lo tanto convendría aplicar un abordaje sistémico, lo que el análisis transaccional en el mejor de los casos apenas esboza; sin duda que esta es una de sus debilidades, véase *infra*):

Una joven a quien sus padres habían criado muy dependiente y con tendencia a reacciones psicósomáticas (véase *infra*, «análisis del guión» y «matriz del guión») casó, siendo todavía estudiante, con un hombre ambicioso que, como cabía presumir, muy pronto hizo carrera. Con la ayuda de su esposo, ella pudo terminar sus estudios, graduarse y continuar con su formación. Pero empezó a quejarse cada vez más de que él le impedía su actividad personal y su desarrollo personal por el hecho de obligarla a cuidar de los hijos. Sobrevino el divorcio cuando la esposa acababa de cumplir los treinta años. Pero a pesar de la notable mejoría de las condiciones -los niños eran más grandes y muchos amigos y familiares le brindaban ayuda- y de un atractivo ofrecimiento profesional con horarios muy libres, ella llegó a la conclusión de que una actividad profesional le exigiría demasiado y, en lugar de ampliar su actividad, renunció incluso a las tareas de tiempo **parcial** que venía desempeñando y a las posibilidades de desarrollo que todo ello suponía.

Este resultado (intermedio) en apariencia inconsecuente muestra algo de la estructura de la relación: ella (inconcientemente) se había casado con un hombre que previsiblemente se dejaría absorber mucho por su profesión, y enseguida tuvo un hijo. Así podía quejarse: lo podría lograr todo «si no fuera por ti». Pero en realidad el marido le prestaba un buen servicio en tanto era el pretexto para no hacer algo que en realidad temía, a saber, plasmar de manera independiente y responsable su propia vida; además, «por imperio de las circunstancias», él le ahorra tener que confesarse ese miedo. De este modo, su yo niño había escogido astutamente la pareja que le convenía. Por añadidura, con sus continuas quejas podía causarle sentimientos de culpa y granjearse toda clase de ventajas, p.ej., arrancarle concesiones materiales y sociales que de otro modo no habría estado dispuesto a hacerle. Además, los sentimientos de culpa instilados en él le procuraban una posición muy fuerte en otros juegos.

Existe gran cantidad de juegos (véase *infra*) y una persona no queda reducida a un juego único ni a un solo rol. Sin embargo, en consonancia con el «guión» (véase *infra*), se escogen de preferencia determinados juegos y roles. Otro juego es, p.ej., «esposa frígida»; en este, una señora «decente» primero estimula sexualmente a un marido «desconsiderado» y antes del momento decisivo le reprocha «Lo ves, te lo he dicho; el sexo es lo único que te interesa», lo que le trae el beneficio de poder, p.ej., exoactuar su envidia del pene y presentarse existencialmente como «Yo soy pura» (cf. Berne, 1967, págs. 124 y sigs.).

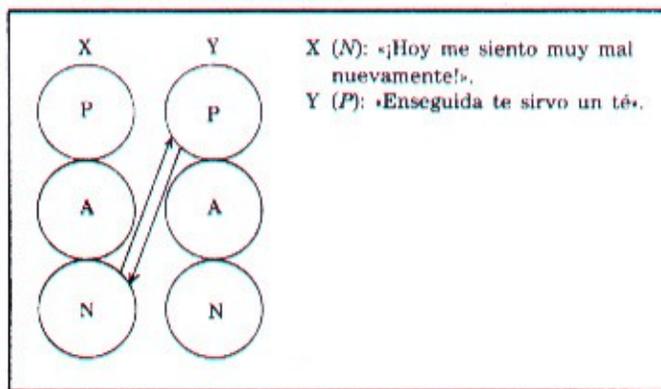
Berne distingue entre juegos y «operaciones»: una operación es de igual modo una serie de transacciones al servicio de un fin bien definido, fijado de antemano, p.ej., que alguien pida aliento y en efecto lo reciba. Pero una operación se convierte en una «maniobra», una movida de piezas en un juego, cuando de algún modo es empleada en perjuicio del que entró en el juego. Si en el ejemplo antes citado guardarse de ser independiente hubiera sido una operación, la mujer habría expresado a su marido su agradecimiento (o su reconocimiento). Pero en el juego «Si no fuera por ti... », ella manifiesta la reacción contraria: aprovecha la situación para quejarse y asegurarse ventajas adicionales gracias a los sentimientos de culpa de su marido.

El juego mismo es en este caso la ventaja interior; la ventaja social exterior consiste en hacerse compadecer como «víctima» por los «auxiliadores» (Berne, 1967, pág. 134). En el ejemplo anterior, el juego no se interrumpió con el divorcio sino que continuó, modificado, con otras personas: no obstante haber conseguido elevadas cifras por alimentos, no cesó de quejarse en el círculo de sus amigos («auxiliadores») con aquel «si no fuera (si no hubiera sido) por él...», para asegurarse de ese modo unidades de caricia. Es decir que el «rol de víctima» aprendido de la madre, unido a la tristeza y al mensaje «Eres impotente» asociado con angustia (junto con otros mensajes como «Enférmate», etc.) fueron exoactuados nuevamente en la lograda búsqueda de nuevos «salvadores».

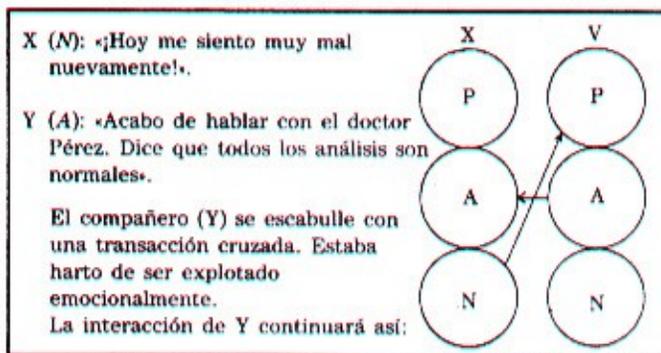
Petzold (1980x) señala que detrás de casi todo juego hay una extorsión fracasada (por extorsión entiende, en el sentido apuntado, una operación que se basó en un sentimiento extorsivo, por lo tanto, una transacción yo niño, yo padres). Mientras la configuración extorsiva permanece constante, uno de los miembros de la pareja es siempre el explotado. Si a este la situación se le vuelve molesta y se sacude la extorsión, el otro miembro por regla general recurrirá a un juego para seguir extrayendo una ganancia de la transacción. Petzold lo muestra en el ejemplo expuesto en el esquema 7.4 (tomado de Petzold, 1980x, pág. 134).

Revenstorff (1982) caracteriza los juegos transaccionales como «juegos de suma cero»: hay siempre ganadores y perdedores, y el «pago» en ganancia emocional que uno recibe es siempre a expensas del otro (o de los otros). Pero parece dudoso que esta caracterización sea certera: más bien justamente entran en el juego individuos que extraen ellos mismos una ganancia emocional de la situación porque en la práctica adoptan los roles complementarios. El espectro de los sentimientos extorsivos se puede

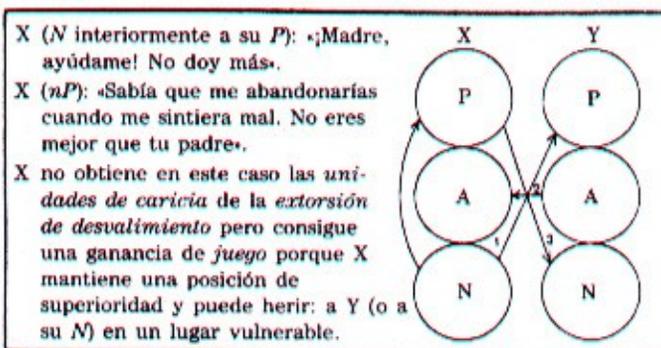
### 1. Extorsión de desvalimiento



### 2. Extorsión fracasada



### 3. Juego



Esquema 7.4: *Juego* (según Petzold, 1980)

ordenar de manera estrictamente complementaria en el sentido corriente: «superioridad» e «impotencia», o «seguridad» e «inseguridad o vergüenza». Como además las constelaciones que de preferencia se repiten son las de la primera infancia (y también los rasgos y las reacciones de los otros actores en el juego fueron observados, experimentados y aprendidos en la primera infancia), parece más verosímil que entren en el juego individuos que le extraigan ganancia (si bien en la forma de otros sentimientos extorsivos).

Por la misma razón no es del todo justo el enunciado que citamos de Petzold, a saber, que en una extorsión siempre uno de los participantes es el explotado, del mismo modo como en una simbiosis entre un sádico y un masoquista difícilmente se podría indicar quién explota a quién. Para la significación de este *juego compartido*, resulta mucho más ajustado el concepto de «colusión» de Willi (cf. el capítulo 18): por el hecho de contener una dinámica del desarrollo, explica mucho mejor la

razón por la cual un juego compartido que al comienzo funcionó bien se puede volver patológico, es decir, la razón por la cual a los participantes ese mismo juego pueda resultarles en algún momento «demasiado molesto».

A pesar de la omisión del abordaje sistémico, la diversidad de juegos analizados y sus tipologías constituye sin duda la principal contribución de Berne a la psicología y la psicopatología. En el libro ya citado, *Juegos de los adultos*, se describen y analizan treinta y seis juegos típicos, clasificados en «juegos de vida», «juegos matrimoniales», «juegos de reunión», «juegos sexuales», «juegos del ladrón», «juegos del doctor» y «juegos buenos». Pero al mismo tiempo se ofrecen otras clasificaciones según el número de jugadores, las unidades de valor utilizadas (palabras, dinero, partes del cuerpo), las correlaciones psicopatológicas (histérica, paranoide, etc.), las zonas del cuerpo (oral, anal, fálica), la psicodinámica (antifóbica, proyectiva, introyectiva) y la pulsión o instinto (masoquista, sádica, fetichista).

Además, Berne indica que juegos y jugadores se diferencian en orden a su flexibilidad, perseverancia e intensidad, y caracteriza de este modo tres estadios típicos de un juego: «Un juego de primer grado se considera socialmente aceptable en el círculo de conocidos de su iniciador. Un juego de segundo grado no produce daños permanentes o irreparables, pero los jugadores se inclinan a ocultarlo de los demás. Un juego de tercer grado tiene carácter definitivo; termina en la sala de operaciones, ante los tribunales o en la morgue» (Berne, 1967, pág. 79).

A despecho del refinamiento de estos análisis de juegos, en la práctica ha demostrado ser muy útil el empleo de la tripartición de los roles según Karpman (1968); en general es posible discernir en los juegos tres pautas fundamentales de rol (en las que aparece con mayor claridad su carácter colusivo, es decir, el juego inconcientemente compartido por el otro): 1) una víctima que es acosada y perseguida, y que se tiene que hacer salvar; 2) un «perseguidor» que por malignidad o en nombre del orden tortura a la víctima, y 3) un «salvador» que, como ser superior, héroe esplendoroso, de una manera admirable se pone de parte de la víctima, la protege y la libera.

Lo esencial es que en el juego los roles se pueden trocar de modo sorprendente, p.ej., si la «víctima» originaria aprovecha la tortura padecida para aparecer como «perseguidora» todavía más implacable. La ventaja que ofrece esta clasificación global es que por medio de estos roles fundamentales, que son de fácil comprensión, se obtiene con rapidez un primer indicio sobre las actitudes básicas y los planes de vida, susceptibles de orientar las intervenciones terapéuticas.

## 7.4 Análisis del guión

Como ya lo señalamos varias veces, los juegos y las transacciones que ellos contienen son manifestaciones actuales de un plan de vida impreso ya en el desarrollo temprano de la personalidad, que se designa brevemente como «guión». Este guión está formado por: a) posturas vitales básicas; b) adoctrinamientos; c) indicaciones y recetas de acción, y d) modelos de conducta.

Las posturas (o actitudes) vitales básicas se desarrollan por obra del hambre de dedicación, de acuerdo con la «pauta de caricia familiar», es decir, la manera en que esta necesidad es satisfecha, sobre todo durante la lactancia y el entrenamiento para el control de esfínteres. Se distinguen cinco actitudes vitales básicas, cuyos estadios se correlacionan con el desarrollo infantil:

### 1) *Yo estoy o. k., tú estás o. k. (pre/posnatal)*

El bebé llega al mundo dotado de una confianza básica (Erikson): la seguridad y el cobijo absolutos de la vida intrauterina se conservan al comienzo en el período posnatal. En esta postura básica, el niño es para sí mismo la persona más importante del mundo, él está o.k. y todos los que comparten ésta visión están también o. k. Pero esta postura básica no puede menos que conducir a un desengaño si no es sustituida por una equivalente, adquirida de manera activa (la número 5).

### 2) *Yo no estoy o. k., tú estás o. k. (primer año de vida)*

Muy pronto el recién nacido experimentará que es impotente, pequeño y depende de la buena voluntad de otros; por lo tanto, no está o.k. Los cuidados indispensables determinan que el niño reciba unidades de caricia de la persona que lo cuida, que por lo tanto está o.k. Si esta postura persiste, de ella resultan un déficit de autoestima, depresión con tendencia al suicidio, o una adicción.

### 3) *Yo no estoy o. k., tú no estás o. k. (hacia el segundo año)*

Si el cuidado intensivo disminuye -y, con él, la administración de unidades de caricia-, si se imponen castigos o sobreviene desatención, el niño llega a la convicción de que tampoco los otros están o.k. De persistir ese estado, el desarrollo del yo adulto se interrumpirá en este punto porque deja de recibir refuerzos en la forma de unidades de caricia, que desempeñan una función esencial. Las consecuencias pueden ser la apatía, el desánimo y hasta la esquizofrenia.

### 4) *Yo estoy o. k., tú no estás o. k. (después del segundo año)*

Esta postura básica, a diferencia de las tres primeras, no corresponde a estadio alguno del desarrollo normal sino que se genera sólo a raíz de una privación o un maltrato duraderos: en este caso, los otros no están o.k. Y el estar o.k. el niño proviene de la «autocomplacencia». De esto resulta una postura arrogante, pagada de sí, con inclinación a la criminalidad y la sociopatía, o bien, si la perturbación es leve, la postura del «salvador».

5) *Yo estoy o. k., tú estas o. k. (realista)*

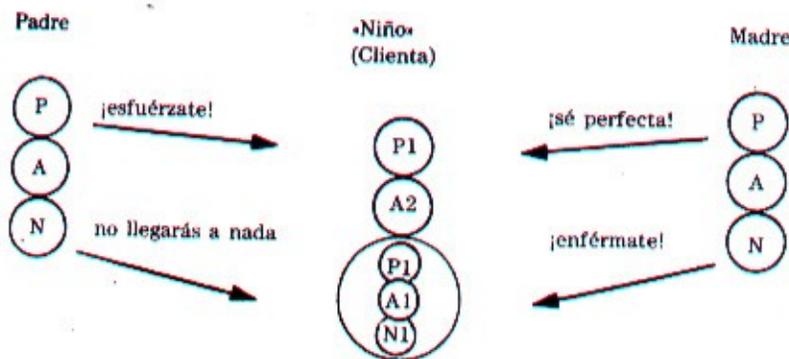
Las visiones de la vida anteriores tienen por base sentimientos y son inconcientes porque las decisiones que las sustentan se adoptaron en la primera infancia. En cambio, esta quinta visión de la vida es una decisión conciente y se basa en el pensamiento, la creencia y el denuedo (Harris, 1975). Ella brota de un «hacerse valer y aceptar» (Petzold, 1980a), y es la meta de las intervenciones terapéuticas en el análisis transaccional.

Además de las actitudes vitales básicas, el adoctrinamiento y las indicaciones de acción que los padres impartieron constituyen un componente esencial del guión. En cuanto al adoctrinamiento, se trata de mensajes que se comunicaron una y otra vez en situaciones significativas, p.ej., «No crezcas», «Enférmate», «Fracasa», «No pienses» o aun «No existas». Las indicaciones de acción se comunican por medio del ejemplo y la inducción directa, o de reglas de vida cognitivo-verbales, p.ej., «Aguanta», «Trabaja duro». Son por lo común reglas que tienen su raíz en la biografía de los padres mismos. Los tempranos mensajes (o mandamientos) de guión parten entonces, por vía verbal, pero también no verbal, del yo niño de los padres, y se dirigen al yo padre dentro del yo niño del niño (P1). Las reglas posteriores, comunicadas por vía más racional y verbal, van del yo padre de los padres al yo padre del niño; representan, en consecuencia, normas tradicionales.

Kahler I Carpers (1974) elaboraron en este contexto la noción de «agujoneos», que se comunican al niño de los seis a los doce años como contrapartida («contra-guión») de aquellos mensajes destructivos tempranos (cf. el esquema 7.5). Estos agujoneos o «mini-guiones» son variantes de estas cinco fórmulas básicas: «Esfuézate», «Sé perfecto», «Hazlo todo bien», «Apresúrate» y «Sé fuerte sin debilidades».

También los ya mencionados «sentimientos predilectos» forman parte del guión. Se los aprendió como sustituto de unidades de caricia y en conexión con estas porque en la familia estaban permitidos y se los tomaba en cuenta (= «se los acariciaba»). Así, la tristeza puede llegar a ser un «sentimiento predilecto» si el niño recibe dedicación, sobre todo cuando está triste. De igual modo, el ambiente puede ser gobernado en muchos casos por medio de sentimientos negativos: la tristeza recibirá después dedicación y compasión, la inseguridad suscitará aliento, etc. Esto explica que los individuos puedan concurrir a crear, en los juegos, constelaciones en que reciben, como «sucedáneos», sentimientos que son negativos (al menos en apariencia).

La meta del análisis transaccional consiste en elaborar estas posiciones vitales básicas, los sistemas y sentimientos extorsivos, incluidos los mensajes de guión que se recibieron como adoctrinamiento y que van ligados a aquellos, y los posteriores contramensajes, así como los juegos que de esto resulta. Los influjos se representan en una «matriz del guión» (cf. el esquema 7.5).



Esquema 7.5: Matriz del guión de una cliente depresiva

## 7.5 La intervención terapéutica

Poner de manifiesto el guión, los juegos, los sentimientos ligados a ellos, etc., ante el cliente, y la intelección que este alcance de las estructuras de su vivenciar y su actuar, son por cierto pasos importantes pero no bastan por sí solos. La meta

de liberarse del guión no se alcanza por mera negación o inversión de sus contenidos, sino que para modificar la actitud básica (véase supra) hacen falta una vivencia emocional de alternativa y una redecisión.

Los diversos institutos de análisis transaccional difieren sobre todo en cuanto al estado del yo que privilegian en el trabajo terapéutico. Así, Barnes *et al.* (1979) distinguen tres «escuelas» de análisis transaccional: en la «escuela clásica», el «yo adulto» y su fortalecimiento se sitúan en el primer plano. El propósito es descubrir el guión y los juegos predilectos, y emplear el poder del terapeuta para contraponer modalidades nuevas de pensamiento y de conducta a los mensajes y contra-mensajes de los padres. La «escuela de la catexis» (cf., p.ej., Schiff *et al.*, 1975), en cambio, se dedica sobre todo al «yo padres». Quiere poner de manifiesto los adoctrinamientos y modificarlos, para lo cual el trabajo es en buena medida cognitivo. La «escuela de la redecisión» (cf., p.ej., R. y M. Goulding, 1981), por último, se concentra en los procesos organísmicos totales de autorregulación de la personalidad y atiende a las decisiones tomadas por el niño (de este modo los «adoctrinamientos» de los padres son relativizados). Estas decisiones -y los conflictos a ellas ligados- se elaboran hasta construir la capacidad de revisar aquellas decisiones y de adoptar otras nuevas (cf. también Harsch y Jessen, 1984).

El propio Berne (1966) describió en detalle métodos apropiados para establecer las fronteras del yo (con refuerzo del «yo adulto» sobre todo) y para lograr el «desenturbiamiento» (restablecimiento de la plena capacidad de percepción y pensamiento del «yo adulto»). Con este propósito se utilizan preguntas provocadoras, esclarecimientos de enunciados del cliente, confrontaciones, explicaciones, ilustraciones, interpretaciones, etc., pero también, simplemente, la dedicación, la persuasión, la exhortación.

Otro método introducido en el análisis transaccional cuando el cliente ha alcanzado suficiente transparencia en cuanto a su obrar y sentir es el «imperativo terapéutico»: un mensaje imperativo del terapeuta dirigido al yo adulto del cliente y destinado a suspender el mandamiento básico destructivo de los padres (p.ej., «Eres incapaz de completar algo» o «Sé tú mismo»). Premisas para esto son, según Berne, «las tres P»: permiso -el terapeuta autoriza a contradecir el mensaje del guión de los padres-, potencia -el cliente tiene que estar convencido de la «fuerza mágica» del terapeuta- y protección -el terapeuta al comienzo tiene que apoyar y proteger a su cliente ahora despojado de sus juegos y sus estereotipos de acción.

El análisis transaccional utiliza además técnicas de intervención tomadas de otras variedades de terapia, p.ej., de la terapia guesáltica: «la silla vacía», el trabajo sobre los sueños y el trabajo corporal, los juegos de roles (cf. el capítulo 13); o se combina el análisis transaccional con técnicas de terapia de la conducta, tales como las reestructuraciones cognitivas, la desensibilización sistemática, los contratos terapéuticos, etc. (cf. los capítulos 9 y 10).

## Segunda parte. Abordajes de terapia de la conducta

### 8. Orígenes de la terapia de la conducta

Como «terapia familiar» (capítulo 19), tampoco «terapia de la conducta» designa un único método psicoterapéutico (que después se hubiera diferenciado dentro del marco de una «escuela») sino que los dos conceptos caracterizan a vastos y heterogéneos grupos de abordajes que presentan diferencias muy grandes en su interior. Y sin embargo, en vista de la existencia de conceptos básicos comunes, se han impuesto estas designaciones de «terapia familiar» y «terapia de la conducta»: lo esencial que los abordajes de la primera tienen en común es la inclusión de la familia entera en el tratamiento terapéutico, por regla general sobre la base de una concepción sistémica de la génesis de los síntomas y de la terapia misma (cf. el capítulo 16). En cambio, las terapias de la conducta comparten una perspectiva de teoría del aprendizaje aplicada a la génesis y al tratamiento de «perturbaciones»; los conceptos empleados son en principio los que corresponden a la conducta observable, y los procesos se analizan con métodos análogos a los de la psicología empírico-experimental (es cierto que en los abordajes más recientes de la llamada «teoría cognitiva de la conducta» se han incluido muchos aspectos no observables).

Desde el punto de vista histórico, la designación de «terapia de la conducta» fue introducida y empleada de manera relativamente independiente por tres grupos de investigación en los años de 1953 a 1959: en primer lugar, por Burrhus F. Skinner y sus discípulos en Harvard; después, por Joseph Wolpe y sus alumnos en Johannesburgo; y en fin, por el grupo formado por HansJürgen Eysenck en el Maudsley Hospital de la Universidad de Londres (de este grupo merece ser citado M. B. Shapiro, que ha producido estudios controlados de casos en perturbaciones del aprendizaje). Además de estos, habría que mencionar otros abordajes terapéuticos, y a sus «fundadores»; se trata de variantes que se separaron después, en las décadas de 1960 y de 1970, pero que se incluyen en «la» terapia de la conducta. En primer lugar, Albert Bandura y Arnold Lazarus introdujeron el «aprendizaje de modelos» a modo de ampliación de los conceptos básicos de la terapia de la conducta. Mucho más heterogénea resultó la integración de aspectos cognitivos: por una parte, la «terapia cognitiva» de Aaron T. Beck se desarrolló durante mucho tiempo «paralelamente a», podríamos decir, la terapia de la conducta mientras que, por otra parte, Michael J. Mahoney y Donald W. Meichenbaum integraban de manera expresa elementos cognitivos. Por último, otra variante autónoma es la «terapia multimodal» de Lazarus, que conjuga perspectivas muy diversas.

Dedicaremos un capítulo especial (el capítulo 11) a una concepción que se suele mencionar entre las «terapias cognitivas de la conducta»; nos referimos a la «terapia racional-emotiva» de Albert Ellis. En vista de la heterogeneidad de los demás abordajes considerados en esta parte del libro, nuestra decisión es arbitraria, pero puede invocar buenas razones: en primer lugar, Ellis elaboró su variedad terapéutica ya a comienzos de la década de 1950, es decir que su labor fue contemporánea a la de Wolpe, Skinner y Eysenck en la terapia moderna de la conducta; en segundo lugar, el propio Ellis organizó su terapia de manera que presentara «una considerable concordancia» con la terapia de la conducta, si bien advierte que no se la debe subsumir en esta (cf. Ellis, 1962 y 1977); en tercer lugar, en los países de lengua alemana ha alcanzado importancia como corriente terapéutica autónoma.

Todas estas variedades tienen su común raíz en supuestos de teoría del aprendizaje, tal como fueron formulados, sobre todo en los Estados Unidos, durante la década de 1930, por Clark L. Hull, Edward C. Tolman, B. F. Skinner y Edwin R. Guthrie. A su vez, estos se remontan a perspectivas esbozadas ya a comienzos del siglo XX, en particular el «reflejo condicionado» de Ivan P. Pavlov, la «ley del efecto» de Edward L. Thorndike y el «conductismo» de John B. Watson. Pero estos científicos -con excepción de Skinner- no se interesaron ni trabajaron en la elaboración y el ensayo de esquemas terapéuticos sino, sobre todo, en la investigación básica, y esto particularmente en el contexto de experimentos con animales. Por eso las técnicas de terapia de la conducta aplicadas a la clínica concreta sólo aparecieron en la década de 1950, si prescindimos de notables estudios -) recursos pero aislados.

La terapia de la conducta, entonces, contó como corriente terapéutica establecida sólo en la década de 1960, o sea, medio siglo después que el psicoanálisis. Por eso no extraña que ella (y el conductismo, su variedad más influyente al principio, véase infra) se presentara explícitamente como el «contra-programa» del psicoanálisis pero que, al mismo tiempo, no pudiera desconocer las concepciones ya bien estructuradas y difundidas de este. Desde el comienzo hubo intentos de integración, y muchas nociones de teoría del aprendizaje y de terapia de la conducta se elaboraron como «traducciones» de las nociones psicoanalíticas respectivas. En los límites de este manual apenas podremos indicar de pasada estos interesantísimos nexos.

En los cuatro capítulos de esta parte expondremos las concepciones principales de «la» terapia de la conducta, tomando en cuenta en particular su desarrollo y cambio históricos. Por eso comenzaremos resumiendo sus primeros fundamentos teóricos y prácticos. Para un tratamiento detallado de este aspecto histórico remitimos a la amplia y notable investigación de Schorr (1984) sobre la historia íntegra de la terapia de la conducta; en ella se encontrarán expuestos, además, algunos de los interesantes nexos con el psicoanálisis.

## 8.1 Abordajes teóricos iniciales

### 8.1.1 Pavlov: condicionamiento clásico

El descubrimiento fundamental para la terapia de la conducta como un todo fue el del «reflejo condicionado», hecho por el fisiólogo Ivan Pavlov (1849-1936), que trabajaba en San Petersburgo. En la década de 1890 -la misma época en que Freud iniciaba la elaboración del psicoanálisis-, Pavlov investigaba la fisiología del aparato digestivo por medio de experimentos con animales (perros). Había creado con sus colaboradores métodos para la determinación cuantitativa exacta de la secreción de saliva (y de otras secreciones glandulares). A raíz de estos experimentos comprobaron que no sólo el alimento en la boca desencadenaba la secreción de saliva sino que provocaban este mismo reflejo la vista del alimento, y aun los pasos del experimentador (que precedían a su suministro).

Mucho antes, hacia 1830, los psicólogos escoceses Thomas Brown y James Mill habían concebido la «ley de la asociación», conocida en la época también por muchos otros psicólogos: contenidos de vivencias singulares de los que una vez se había tomado noticia de manera simultánea (o al menos con mucha proximidad temporal) reafioraban juntos a la conciencia así que se tomaba noticia de uno solo de ellos (p.ej., por una ocasión exterior). Esto habría permitido sostener que el perro, sobre la base de su experiencia, asociaba al alimento los pasos del experimentador. En términos parecidos argumentó A. T. Snarski, un colaborador de Pavlov, en su explicación de estos fenómenos.

Pero en su elaboración del concepto de reflejo condicionado, Pavlov adoptó de manera deliberada una perspectiva de investigación que dejaba de lado todos los aspectos «psicológicos» y se limitaba a la fisiología pura. Según sus propias palabras, escogió «el papel del observador y experimentador externo objetivo, que se ocupa exclusivamente de los fenómenos externos y sus relaciones» (Pavlov, 1923). Esta formulación caracteriza con suficiente precisión la perspectiva prescrita también por el conductismo de Watson desde 1913, en este caso para la psicología. Pavlov se situaba con ello en la tradición de pensamiento de los grandes fisiólogos rusos, como Ivan M. Secenov (1829-1905), quien se propuso encontrar las causas fisiológicas de fenómenos psíquicos. Tras el descubrimiento del reflejo condicionado, Pavlov construyó una vasta teoría del condicionamiento, pero en definitiva él se orientó siempre hacia las conexiones cerebrales.

Según se lo puede estudiar con más detalle en cualquier manual de psicología, este «condicionamiento clásico» (en la terminología actual) se define en general así: el punto de partida es un esquema (innato) de estímulo-reacción, en que a un estímulo incondicionado El (p.ej., alimento) sigue una reacción incondicionada RI (p.ej., flujo de saliva). Ahora bien, si un estímulo EC antes «neutral» (con respecto a la RI, p.ej., un toque de campana) se presenta repetidas veces «simultáneamente» con el El (las condiciones temporales precisas del enlace se definen diversamente, pero casi siempre se dice que el EC se debe introducir poco antes del El), la RI aparece como reacción condicionada RC al EC (para lo cual hacen falta ciertamente varias repeticiones de este proceso). La intensidad de la conexión entre EC y RC se puede comprobar, p.ej., mediante «extinción»: si se repite la presentación de EC solamente -o sea, sin El-, la RC se hará cada vez más rara hasta que la conexión se extinga por completo (es verdad que tras una pausa se produce una «recuperación espontánea»).

### 8.1.2 Bechterev: reflexología

La influencia de Pavlov sobre la psicología experimental de los Estados Unidos fue muy grande: en el momento de viajar a Boston en su carácter de presidente del Congreso Internacional de Fisiología, hacía tiempo que sus trabajos eran bien conocidos aun entre los psicólogos. También en Rusia era famoso, aunque, es verdad, durante un largo período, solamente por sus trabajos de fisiología pura, que en 1904 le valieron el Premio Nobel (no, entonces, por sus experimentos de condicionamiento). Así, el psiquiatra Vladimir Bechterev (1857-1927) sólo en 1905 se enteró por casualidad de la existencia de los experimentos de Pavlov sobre condicionamiento, y eso que ambos trabajaban en la misma Academia en San Petersburgo. También Bechterev se situaba por enteró dentro del paradigma materialista (que reduce todos los fenómenos a procesos materiales; entre aquellos, en particular, la «conciencia» y otros fenómenos psíquicos). Bechterev quería abordar las enfermedades psíquicas desde una perspectiva puramente biológica, y sustentó una «psicología objetiva».

El descubrimiento de Pavlov le convino maravillosamente. Creó la «psico-reflexología», en la que «no había sitio» para «procesos subjetivos o hechos de la conciencia, y elaboró el «método de la motilidad» así como un procedimiento de registro que permitía aplicar a seres humanos los experimentos de condicionamiento; Watson (véase *infra*) lo puso en práctica y ya en 1916 publicó resultados (cf. Schorr, 1984, pág. 22). Interesa señalar aquí que Bechterev, con esta técnica y estos métodos, no hizo sólo investigaciones sino también los primeros intentos de terapia de la conducta en el tratamiento de neuróticos y psicóticos (véase *infra*).

### 8.1.3 Thorndike: ley del efecto

Edward L. Thorndike (1874-1949) es considerado el precursor de las teorías del aprendizaje en los Estados Unidos. Aun antes de 1900 publicó resultados de experimentos de aprendizaje animal, de modo que el propio Pavlov debió «admitir que el honor de haber sido el primero en echar a andar por el nuevo camino se tenía que atribuir a Thorndike, que se anticipó a nuestros experimentos en dos o tres años» (citado según Schnpflug y Schonpflug, 1983, pág. 338). En esos experimentos, Thorndike se valió, p.ej., de una jaula para gatos que se podía abrir desde adentro por medio de cierto mecanismo. Había inventado ese dispositivo para comparar la inteligencia de diversas especies animales. Pero su descubrimiento consistió en lo siguiente: si por casualidad el animal encerrado producía el movimiento que accionaba el mecanismo de apertura y se liberaba, en similar situación tendía después a proceder de la misma manera para abrir la jaula.

La «ley del efecto», formulada por Thorndike en 1911, atribuye la fijación de la acción al «éxito» de la conducta, a saber, la obtención de un estado apetecido. El mérito de Thorndike, a juicio de los conductistas, consistió en haber estudiado experimentalmente conductas observables, renunciando en lo posible a la aplicación de conceptos referidos a la vivencia psicológica. Pero en opinión de ellos, no había ido lo bastante lejos: Watson le criticó que el «éxito» de una acción sólo se pudiera comprobar sobre la base de un proceso introspectivo.

### 8.1.4 Watson: conductismo

Para el desarrollo del conductismo norteamericano, cuyo protagonista fue John B. Watson (1878-1958), tuvieron empero más importancia los métodos «objetivos» empleados por los rusos en la investigación del aprendizaje que los trabajos de su compatriota Thorndike. El conductismo fue el intento de esbozar una psicología ajustada a los principios (según se los entendía en esa época) de las ciencias naturales.

Si en Europa -sobre todo en Alemania- a comienzos del siglo XX predominaba sobre otros abordajes experimentales la introspección (método de investigación psicológica en que los sujetos debían informar acerca de su vivenciar conciente), la situación era distinta en los Estados Unidos: esto obedecía en parte al tipo de formación de los psicólogos norteamericanos y, en parte, a la existencia de laboratorios de psicología animal experimental relativamente bien provistos, donde se desarrollaba una porción apreciable del quehacer en psicología. Existía por consiguiente un considerable potencial para superar el «infecundo» método introspectivo; esto fue lo que se manifestó en el conductismo. Por último, se trataba de deslindarse con claridad de la intensa sugestión del psicoanálisis, que se insinuaba sobre todo en el campo de la psiquiatría (Freud, Jung y Ferenczi permanecieron en 1909 durante un tiempo en la Clark University, lo que no hizo sino aumentar el influjo del psicoanálisis).

Cuando famosos especialistas en la experimentación animal, como el psicólogo Robert Yerkes y el psiquiatra Gilbert V. Hamilton, ya se habían pronunciado de manera explícita en favor de una orientación conductal pura y objetiva en la investigación, Watson formuló en 1913 un muy citado manifiesto sobre «La psicología según la ve el conductista». Esta psicología, sostenía Watson, era «una rama de las ciencias naturales puras, objetivas», que no necesitaba recurrir al concepto de conciencia más de lo que lo hacía, p.ej., la física. Esta concepción, y el programa de investigación recomendado, guiaron durante mucho tiempo la psicología norteamericana (y después, entre otras, también la alemana). Tal vez no deje de tener interés señalar aquí que de este modo la psicología se asentaba en una concepción anticuada de las ciencias naturales. En efecto, la «conciencia», que orgullosamente se eliminaba a nombre de la física, acababa de ser introducida por ésta progresista disciplina como algo indispensable para la concepción de los fenómenos: «las leyes (de la mecánica cuántica) sólo se pueden formular de manera consecuente si se las refiere a la conciencia» (Eugene P. Wigner, un físico destacado, 1970; citado según Capra, 1977, pág. 301).

Comoquiera que sea, hay que admitir que tanto Bechtereve como Watson y muchos conductistas, en su empeño de elaborar y deslindar una «psicología objetiva» opuesta a la introspección, no sólo se propusieron crear una ciencia «pura» sino que orientaron decididamente la investigación hacia la práctica, sobre todo pedagógica y clínica. A diferencia de lo que ocurría con los resultados de la introspección, el programa conductista podía desembocar en esa práctica; el propio Watson participó en esos intentos. De ahí que la relación de la mayoría de los conductistas (incluido Watson) con el psicoanálisis fuera declaradamente buena (salvo en cuestiones de incumbencia en la política profesional) a causa de la innegable importancia de aquel para la práctica. Y aun fue objeto de general admiración su vasto edificio teórico. La objeción explícita del conductismo recaía sobre la falta de verificación, con arreglo a alguna técnica objetiva, de las concepciones psicoanalíticas.

El conductismo no es en realidad una teoría que sostenga determinados contenidos sino una postura en teoría de la ciencia y metodología de la investigación. Aunque es cierto que, dentro de las circunstancias descritas, sirvió de fundamento sobre todo a trabajos de teoría del aprendizaje; en este sentido, Watson y otros se centraron en la edificación de los nexos estímulo-reacción sobre la base de refuerzos y trataron de explicar toda la conducta humana como una conducta adquirida. No obstante, estos abordajes sólo fueron conceptualizados en la forma de «teorías del aprendizaje» por Hull o Skinner (véase infra).

## 8.2 Primeros abordajes de orientación práctica

### 8.2.1 Precursores

Las técnicas y los conocimientos de la posterior terapia de la conducta tuvieron precursores aun si estos no recurrieron a la experimentación científica exacta ni formularon de manera explícita «leyes del aprendizaje». Es que las destrezas y «reglas» aplicadas desde hace siglos-si no milenios, en la domesticación de animales -sobre todo caballos, perros, halcones- no son otra cosa que condicionamientos. Y ciertos métodos pedagógicos van también en este sentido. Pongratz (1973, pág. 296) menciona a O. Rosenbach (1851-1907), profesor de medicina interna en Breslau, como el fundador de la técnica de la aversión. Empleaba «con buenos resultados en general» un «pincel farádico o eléctrico» en caso de trastornos de conducta, sobre todo cuando un esclarecimiento psicológico no parecía muy promisorio a causa de la falta de inteligencia del enfermo o del niño en cuestión. Mencionaba movimientos convulsivos, tos nerviosa y vómitos, aerofagia y parálisis histéricas como perturbaciones para las cuales el tratamiento era indicado.

Pongratz señala que las explicaciones de Rosenbach se orientaban por entero según la teoría del aprendizaje: los niños habían aprendido por casualidad determinados movimientos que estaban en la base de la perturbación de la conducta; y finalmente, por el ejercicio, aquellos se habían asociado a determinados sentimientos placenteros que los compelian a producir una y otra vez esas acciones. La aplicación del pincel eléctrico estaba destinada a contrarrestar esos sentimientos placenteros en la forma de la representación de un dolor grande. Para defenderse de la objeción de que así sólo se conseguía sustituir el sufrimiento originario por una «neurosis emocional», Rosenbach sostenía que esto era infundado y que «aun los más tiernos, los que se espantan ante cualquier dolor que pueda serles inferido a sus criaturas, no pueden menos que convencerse de la inocuidad de este método, cuya eficacia no pueden poner en duda trascurridos pocos minutos» (todas las citas según Pongratz, 1973, pág. 296, quien menciona además a P. Dubois y a W. Neutra como precursores de la terapia de la conducta).

### 8.2.2 *Neurosis experimentales*

Sobre la base de los conocimientos teóricos mencionados, las neurosis producidas por vía experimental -y su extinción- constituyeron un importante programa de estudio para aproximarse a una comprensión de la génesis y la terapia de las neurosis. Como sucedió con el reflejo condicionado, el descubrimiento de la neurosis experimental fue un resultado colateral que Pavlov y sus colaboradores no habían previsto: en los estudios sobre el aprendizaje de la discriminación, los animales experimentales debían distinguir entre un círculo y una elipse: Con el círculo se les daba comida, con la elipse, no: así se establecía el correspondiente nexo condicionado entre círculo y secreción de saliva. La elipse presentaba al comienzo la relación de uno a dos entre sus ejes pero, establecida la reacción ante el círculo, se la fue aproximando cada vez más a un círculo; cuando la relación entre sus ejes llegó a ser de ocho a nueve, sobrevinieron otros efectos: diferenciaciones aprendidas con anterioridad desaparecieron, y resultaron perturbados, además, otros reflejos condicionados. El animal presentaba una excitación motriz permanente, y aullaba lastimeramente.

Las variaciones -canales perceptivos diferentes, especies animales distintas- introducidas en este experimento, que fue reproducido por muchos otros investigadores, permitieron a Pavlov distinguir entre dos formas básicas de síntomas neuróticos (para este experimento): agitación intensa -el animal rechinaba los dientes, ladraba, mordía- o bien apatía -cola y orejas caídas, inmovilidad-. Pavlov supuso que en la corteza cerebral ocurrían dos procesos opuestos: uno «excitatorio», que conducía a la reacción, y uno inhibitorio», que la coartaba. El estímulo condicionado se ligaba al primero, puesto que el animal reaccionaba, mientras que evidentemente estímulos parecidos, pero discriminados y ante los cuales el animal no debía reaccionar, se ligaban a un proceso inhibitorio. Si la semejanza era demasiado grande, se rompía el equilibrio normal; entonces prevalecía ampliamente el proceso inhibitorio o bien el excitatorio, o sea que se generaban los síntomas de la neurosis experimental. Y como por otra parte no todos los animales reaccionaban con neurosis a este experimento, Pavlov supuso que estos que se volvían neuróticos presentaban, a diferencia de los otros, una debilidad constitucional en su sistema nervioso.

No sólo en Rusia sino particularmente en los Estados Unidos se trabajó con neurosis experimentales en animales, una vez conocidos los descubrimientos de Pavlov. H. S. Liddell fundó en 1926 en la Cornell University una «Behavior Farm» donde se hicieron experimentos pavlovianos de condicionamiento en perros, ovejas, cabras y cerdos. De manera análoga, W. H. Gantt creó pocos años después el «Pavlovian Laboratory» en la John Hopkins University. Estos dos centros de investigación se dedicaron a la neurosis experimental, no en último término con la esperanza de obtener conclusiones

importantes para el trabajo psiquiátrico en el ser humano. En la década de 1930 sesionó incluso un congreso sobre neurosis experimentales, organizado por el National Research Council.

Neurosis experimentales (deliberadas) en seres humanos rara vez se produjeron, felizmente. Uno de los experimentos clásicos se debió a Watson y se llevó a cabo durante el invierno de 1919-1920 en un bebé de once meses de nombre Albert. Antes del experimento, según se nos informa (véase *infra*), Albert nunca había manifestado miedo a ratas blancas u otros animales. En cambio, el golpe de un martillo sobre una plancha de metal le provocaba reacciones de angustia. Tras dos sesiones en que junto con la presentación de la rata se produjo este ruido, quedó condicionada la reacción de miedo a la rata. Cinco días después, una liebre, un perro, un manguito de piel y la máscara barbada de un Papá Noel le desencadenaron reacciones de miedo. Watson llamó «trasferencia» a este fenómeno de generalización, un concepto que en verdad provenía de la discusión psicoanalítica. Junto con la que después fue su esposa, Watson hizo toda una serie de experimentos semejantes, sobre todo con niños negros, que documentó en filmes. Pero no está claro si en estos experimentos se obtuvieron «éxitos» comparables a los alcanzados en el caso del pequeño Albert.

Aunque Watson se proponía volver atrás las reacciones de miedo condicionadas en el pequeño Albert (sin embargo, se llevaron al niño antes que esto ocurriera), experimentos de esta índole son extremadamente cuestionables desde el punto de vista ético. Se puede anotar en descargo de Watson que tras estas primeras experiencias supervisó proyectos importantes en los que se eliminaron angustias que otros niños habían adquirido de diversa manera (es decir, «naturalmente»).

Esta misma objeción ética se aplica a una serie de estudios, réplica del de Watson, llevados a cabo por otros autores (aunque las reacciones «deseadas» de miedo no pudieran ser condicionadas). Pero es interesante también considerar estos experimentos a la luz de la sociología del conocimiento: en la bibliografía se suelen citar errores de método para explicar aquellos fracasos prácticos. No obstante, en años recientes los experimentos de Watson y la ideología científica construida sobre ellos han sido criticados como tales. P.ej., Samelson (1980) señala que el descubrimiento de una reacción de angustia condicionada, que en innumerables manuales se aduce como «prueba» de una teoría de la adquisición de la angustia, descansa en un experimento único hecho en un solo sujeto porque en verdad han fracasado todos los ensayos de reproducir este resultado. Si en otro caso un descubrimiento obtenido en estas condiciones se consideraría un artefacto al que no se atribuiría más significación, es evidente que este armonizaba muy bien con la ideología de los conductistas y sus partidarios. El hecho de que el propio Watson calificara su experimento con Albert de «inconcluso» e indicara que «no se podían extraer de él conclusiones fundadas» (« . . . *verified conclusions are not possible*»; citado según Samelson, 1980, pág. 621), se pasó por alto a sabiendas y así se urdió la leyenda de que existían unos hechos incuestionables para lo sucesivo. Samelson compara el experimento de Watson con la investigación de gemelos llevada a cabo por Cyril Burt: por el método de la investigación de gemelos, este había «demostrado que la inteligencia se hereda», tesis festejada por muchos durante décadas como un resultado de la ciencia exacta, hasta que últimamente se demostró que esos resultados se obtuvieron falsificando los datos.

### *8.2.3 Primeras terapias basadas en la teoría del aprendizaje*

Entre los primeros en introducir el condicionamiento para tratar perturbaciones estuvo Bechterev. Entre 1913 y 1916 estudió en detalle fobias y compulsiones. Sobre la base de estímulos aversivos recurrió al condicionamiento de reflejos nuevos en el caso de perturbaciones histéricas. En 1915 publicó un «procedimiento distractivo» en que al paciente, en un estado de distensión exenta de angustia, y con los ojos cerrados, se le sugerían los contenidos desencadenadores de angustia, lo que contribuía a disiparla. Este procedimiento presenta semejanza con la posterior técnica de la desensibilización (véase *infra*); además, Bechterev combinaba estas técnicas con otros recursos terapéuticos, como baños y duchas, tranquilizantes, etcétera.

A comienzos de la década de 1920, Mary C. Jones, bajo la supervisión de Watson, hizo muchos ensayos de disipar angustias en niños. Ya a raíz de su experimento con el pequeño Albert (véase *supra*), Watson había esbozado varias posibilidades para la eliminación de la angustia, a saber: la confrontación con el objeto temido, el re-condicionamiento por medio de estímulos positivos (golosinas) o la construcción de conductas positivas hacia ese objeto por la vía de la imitación de la conducta del experimentador. Este catálogo de métodos fue ampliado y puesto a prueba en terapias concretas. Los más eficaces resultaron ser el recondicionamiento y la imitación social, para la cual Jones utilizó como modelo a otros niños en vez de hacer intervenir al experimentador en ese papel.

En la segunda mitad de la década de 1920, y en la de 1930, se intentó reproducir, y también extender, aquellos resultados. Sobresalieron en esto Mary Jones y su marido Harold; en el Institute of Child Welfare de Berkeley, investigaron, en niños de diversa edad, reacciones de angustia ante serpientes, ranas, tortugas. No obstante, los abordajes conductistas no hicieron pie en el dominio de la clínica hasta la segunda mitad del siglo XX. Una de las razones fue, tal vez, que la carrera universitaria de Watson se interrumpió a comienzos de la década de 1920 a causa del escándalo armado en torno de su divorcio y de un proyecto de investigación sobre sexualidad. Pero sin duda más importante fue el hecho de que el psicoanálisis ganara considerable terreno en esa misma década y en la siguiente. Como ya hemos dicho, este ofrecía un plan de diagnóstico y tratamiento amplio y aplicable en la clínica, lo que los propios conductistas reconocían, a la vez que criticaban su modelo explicativo. También Gilbert Hamilton, protagonista del conductismo junto con Watson, abandonó la investigación poco después de realizar uno de sus últimos grandes estudios empíricos sobre sexualidad. (Según refiere

Schorr, ««lo había impresionado sobre todo [ . . . ] la existencia de un nexo discernible entre capacidad o incapacidad orgásmica y conducta neurótica»; cf. sobre esto Reich, en nuestro capítulo 5.) El conductista Hamilton se instaló como terapeuta y administró a sus pacientes tratamiento psicoanalítico. Acerca de su relación con el psicoanálisis, escribió en 1931: «En realidad lo consideraba la mejor formulación explicativa que existía en la época, y se correspondía con los hechos de la experiencia clínica lo bastante para justificar mi actividad como psicoanalista» (Schorr, 1984, pág. 84).

Con Watson y Hamilton, el conductismo perdió sus dos cabezas orientadoras. La crisis mundial (de 1929) impuso restricciones a las Universidades e Institutos norteamericanos, que obtenían su principal financiación de fuentes privadas; y los recursos escasos se dedicaron a programas clínicos de probada eficacia, de base psicoanalítica; también esto contribuyó a interrumpir la investigación clínica conductista.

### 8.3 Raíces teóricas 11: las teorías norteamericanas del aprendizaje

Las teorías norteamericanas del aprendizaje de la década de 1930 hicieron realmente de eslabón intermedio evolutivo entre los resultados -que acabamos de esbozar- de práctica y de teoría alcanzados en las dos primeras décadas del siglo, por un lado, y los abordajes de terapia de la conducta que se elaborarían en la década de 1950, por el otro: fueron el punto culminante de aquellas primeras elaboraciones y, al mismo tiempo, el punto de referencia directo para la fundación teórica de las técnicas de terapia de la conducta. También estas teorías se desarrollaron casi exclusivamente sobre la base de experimentos con animales, y en sus formulaciones se procuró satisfacer los requerimientos de científicidad» del conductismo.

En cualquier manual de psicología general se podrá leer una exposición detallada de las teorías del aprendizaje; aquí nos limitaremos a una breve recapitulación centrada en su valor para las terapias de la conducta. Remitimos también a las teorías anteriores, que ya expusimos, sobre todo el condicionamiento clásico de Pavlov y la ««ley del efecto» de Thorndike.

#### 8.3.1 Hull: *esquema de estímulo-reacción (teoría del automatismo)*

La teoría del aprendizaje de Clark L. Hull (1884-1952) es la más significativa y abarcadora de las que hemos de mencionar. No sólo procura enlazar las ideas de Thorndike y de Pavlov sino que presenta una estructuración deductiva, así como esbozos de formalización. Por eso muchos conductistas vieron en ella un progreso aunque sus conceptos en modo alguno fueran puramente conductistas sino que, p.ej., en conceptos como «(im)pulsión» (una de las nociones centrales) presentaba evidentes nexos (queridos por Hull) con el psicoanálisis (después, dentro del abordaje conductista, él desarrolló incluso una teoría especial de las pulsiones). Es verdad que el núcleo de su tesis fue que la conducta se construye en buena medida sobre enlaces de estímulo-reacción (si bien es cierto que en cadenas muy complejas y dentro de jerarquías de reacción). Pero su intención fue incluir además, en su abarcadora teoría, fenómenos «psíquicos» y «cognitivos». También es verdad que en plena armonía con el conductismo pretendió alcanzar una comprensión puramente fisiológica de todos estos conceptos y fenómenos.

El elemento central del abordaje de Hull es la teoría del refuerzo: el estímulo adquiere aquí el carácter de una señal (cue; p.ej., determinado camino en el laberinto) que junto con la (im)pulsión (*drive*; p.ej., hambre) es responsable de la reacción (*response*; p.ej., correr por ese camino); ahora bien, lo esencial es -algo semejante proponía ya Thorndike- el logro de un estado placentero gracias a un refuerzo (*reward*; en este caso, comida) para que se produzca el enlace entre esta conducta y los estímulos precedentes. La conducta así aprendida (*habit*; en nuestro ejemplo, correr por el camino recompensador) depende de variables como la intensidad de la pulsión, la magnitud de la reducción de aquella, la cantidad de repeticiones, el tiempo, etc. Hull obtuvo una expresión formal de esto introduciendo magnitudes como 1 «hab» (= 1/100 de la intensidad máxima de hábito), 1 «mote» (= 1/100 de la intensidad máxima de la pulsión), y nexos cuantitativos entre estas magnitudes, p.ej., entre las dos mencionadas, en la forma del «potencial de reacción». Como estas magnitudes sólo tienen sentido en definitiva para animales de la misma edad, de igual inteligencia, criados en las mismas condiciones, etc., carecen de significación práctica.

#### 8.3.2 Skinner: *condicionamiento operante*

La crítica de Burrhus F. Skinner (nacido en 1904) al abordaje de Hull, a saber, que la tarea no puede consistir en unificar en una «suprateoría» el mayor número de abordajes, lo condujo a una teoría conductista extrema del aprendizaje: el condicionamiento «operante» (o «instrumental»). Para ello introdujo el siguiente distinguo en el condicionamiento: 1) conducta respuesta (también «conducta respondiente», *elicited behavior*), en la que es observable el estímulo

desencadenante, y 2) conducta operante (*emitted behavior*), una forma de reacción que sobreviene de manera espontánea y que el animal, por lo tanto, produce desde sí. Skinner sostuvo que en gran parte la conducta no está ligada a estímulos, y por eso se ocupó en sus experimentos, casi exclusivamente, de la segunda variedad. En la conducta operante, por lo tanto, no consideró las series de estímulo-reacción de Hull sino las contingencias entre conductas y las condiciones secuenciales.

El condicionamiento operante (como «reacción-efecto») sobreviene cuando determinada (re)acción, en determinada situación, recibe un premio «adecuado a la pulsión»: así aumenta la probabilidad de que esta reacción se produzca en una situación semejante, o sea que la reacción es reforzada o se convierte en una «reacción instrumental». Pero aquí lo importante es la actividad de una pulsión determinada (hambre, sed, sexualidad, etc.), por lo cual se ha reprochado a Skinner inconsecuencia con su propio postulado conductista: conducta observable no es, p.ej., el hambre, sino el curso de una reacción de devoración. Pero esto llevaría el conductismo «puro» al absurdo porque, si se renuncia a conceptos como «hambre», etc., haría falta explicar por qué las ratas aprenderían a apretar una tecla de la caja de Skinner sólo para desencadenar un movimiento de devoración.

La teoría de Skinner, sin embargo, impresionó a muchos a causa de su economía explicativa y su viabilidad experimental. También resultó convincente su demostración de la plasmación de la conducta (*shaping*) o del aprendizaje de la aproximación (*approximation*): aquí no se recompensaba solamente un determinado logro de conducta (como lo es apretar una tecla en la caja de Skinner, para cuya producción espontánea y azarosa había que esperar al comienzo mucho tiempo) sino ya conductas parciales que se aproximaban a la conducta final deseada (p.ej., mirar en dirección a la palanca, después correr hacia allí, ulteriormente levantar la pata y, por fin, apretar). De esta manera se logró condicionar secuencias complejas de conducta o descomponer una conducta compleja en pequeños pasos, de producción espontánea; este descubrimiento tiene importancia para muchos planes de terapia de la conducta. Se debe a Skinner la experimentación de diversos planes de refuerzo (*schedules of reinforcement*) (p.ej., toda reacción, toda reacción x-ésima, todos los yésimosintervalos de tiempo, etc.). Además, entre los denominados teóricos del aprendizaje, Skinner es el único que después colaboró en la fundación de la terapia de la conducta.

### 8.3.3 Guthrie: teoría de la contigüidad

El abordaje de Edwin R. Guthrie (1886-1959) es en extremo pragmático si se lo compara con los expuestos antes: «El principio de la asociación o del condicionamiento no constituye una explicación de tramo alguno de conducta, por pequeño que sea. No es sino un recurso auxiliar en apoyo de la explicación. Un recurso auxiliar no puede ser verdadero ni falso: es conveniente o infecundo» (Guthrie, 1935). En armonía con esta apreciación, postuló de manera mucho más vaga «pautas de estímulo que se encuentran activas en el momento de una reacción, y que tienden, cuando se repiten, a desencadenarla» (Guthrie, 1938; las dos citas según Schorr, 1984, pág. 94 y sig.).

En una reproducción del ya citado experimento de Thorndike, Guthrie (por medio de cámaras fotográficas automáticas) mostró que los animales experimentales repiten justamente aquellas modalidades de movimiento que les procuraron éxito la primera vez, cuando por casualidad descubrieron el mecanismo de apertura. Es aprendida, entonces, la última «reacción», la decisiva, la que pone término a la situación de estímulo.

Los refuerzos no desempeñan papel alguno en la teoría de Guthrie. Más bien lo importante es la proximidad espacio-temporal entre la «pauta de estímulo» (que en último término abarca la situación experimental como un todo, incluido el estado del animal experimental) y la acción lograda (que es también compleja): este es el «principio de contigüidad» de Guthrie. La conexión entre (pauta de) estímulo y (pauta de) reacción se produce entonces según la «ley de todo o nada» y no gradualmente, como lo postulaba Hull.

### 8.3.4 Tolman: aprendizaje latente

Edward C. Tolman (1886-1959) se alejó mucho más todavía que Guthrie de los principios conductistas básicos, aunque él mismo se declaraba totalmente conductista (es cierto que más bien para deslindarse de la introspección o del psicoanálisis, mientras que, p.ej., Schonpflug y Schonpflug, en su manual de psicología de 1983, incluyen a Tolman, de manera consecuente con la terminología actual, entre los «cognitivistas»). Por medio de notables experimentos pudo demostrar que los esquemas de estímulo-reacción eran insuficientes. Dejó que unas ratas recorrieran un laberinto. A diferencia de lo que ocurre en los experimentos usuales de teoría del aprendizaje, estas ratas estaban «saciadas» y a la salida del laberinto no había comida, o sea que faltaba la pulsión de hambre y también el «refuerzo» para el aprendizaje. Ahora bien, estas ratas, después, en el mismo laberinto y en las condiciones usuales (hambrientas y con refuerzo de comida), aprendieron el camino correcto mucho más rápidamente que otras ratas que no conocían el laberinto. (Nótese que Robert S. Woodworth, con posterioridad, basado en los puntos de vista de Tolman, concibió una «pulsión de investigación».) En otro experimento, Tolman demostró que ratas que «conocían» el laberinto elegían siempre el mejor desvío cuando se cerraban determinados pasos.

Según Tolman (1930, 1932), estos resultados sólo se explican diciendo que las ratas adquirieron un mapa cognitivo (*cognitive map*) que les sirve para orientarse y para apreciar la conveniencia de una acción. Llamó «aprendizaje latente» a este aprendizaje sin recompensa. De acuerdo con esto, se incluyen en su teoría conceptos como expectativa (*expectation*) y propósito (*purpose*); además, signos que denotan algo, y el finalismo de la acción: en lugar del enlace entre el estímulo y la reacción (S-R = *Stimulus-Reactima*), Tolman toma en cuenta el enlace entre el signo y lo significado (S-S = *Sign-Significate*). En una reinterpretación del condicionamiento pavloviano, el El, la carne, pasa a ser lo designado, a lo cual se refiere el EC, la campana, como signo; entre uno y otro se establece una «expectativa signante», de manera que el animal, al son de la campana, reacciona con la RC, la secreción de saliva, como respuesta anticipada a lo designado.

Es evidente que el abordaje de Tolman ofrece principios esenciales para las posteriores concepciones cognitivistas de la terapia de la conducta. Pero nótese que esta teoría está muy alejada del núcleo del ideal científico conductista de un Watson o de un Skinner, y al mismo tiempo presenta una asombrosa semejanza con Pavlov, a quien Watson y Skinner habían invocado con vehemencia; a saber: «La actividad básica y, a la vez, más general de los hemisferios cerebrales es una actividad de producción de señales; ella dispone de una enorme cantidad de señales con significados de señal siempre cambiantes» (Pavlov, citado según Bykow, 1966, pág. 721).

Mientras que Pavlov se centraba en el nexo EC-El, Watson, Hull y Guthrie, en la buena tradición del «efecto» (RC) de Thorndike, prestaron atención más bien a EC-RC (donde el EC era concebido de maneras muy variadas, desde el estímulo único hasta la situación global); Skinner se circunscribió a la RC (y a las condiciones secuenciales), mientras que Tolman, con EC-RC(I)-El, volvió a traer al primer plano la conexión establecida por el organismo entre unos estímulos que ahora, empero, poseían sentido y significado.

Bien se comprende que los principios de la teoría del aprendizaje y los primeros conocimientos de terapia de la conducta confluyeran después de la Segunda Guerra Mundial en abordajes práctico-terapéuticos: las experiencias en el campo de batalla habían sido tan terribles que el regreso de los soldados generó un potencial de pacientes que era preciso atender, necesitados como estaban de urgente ayuda psíquica. El mandato de la hora, prescindiendo de que no se habría contado, sí no, con suficientes terapeutas, fue elaborar terapias breves que complementaran a los prolongados tratamientos del psicoanálisis. Para ello resultaron muy apropiadas las concepciones de la terapia de la conducta (aunque es preciso señalar que también dentro del movimiento psicoanalítico, por consideraciones de urgencia, se ensayaron modificaciones de la técnica en la perspectiva de contar con terapias breves, p.ej., los trabajos de Franz Alexander, Thomas French o Alexander Herzberg). Así, después de la Segunda Guerra Mundial se pusieron en marcha programas terapéuticos que después, en la década de 1950, conducirían al florecimiento de la terapia de la conducta.

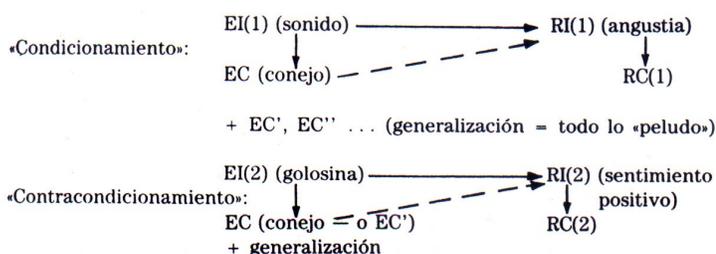
## 9. Abordajes de terapia de la conducta fundados en la teoría del aprendizaje

Los abordajes de la moderna terapia de la conducta de las décadas de 1940 y 1950 se originaron en las preexistentes teorías del aprendizaje. Joseph Wolpe (nacido en 1915) y su grupo sudafricano, así como el llamado «Grupo Maudsley», de Inglaterra, que orienta Hans-Jürgen Eysenck (nacido en 1916), pusieron el acento en la eliminación de angustias y neurosis por medio de técnicas que se situaban en la tradición del condicionamiento clásico. Burrhus F. Skinner (nacido en 1904) y sus discípulos, en cambio, prefirieron, como es de suponer, abordajes basados en la teoría del aprendizaje operante, propuesta por el propio Skinner; privilegiaron entonces la construcción de habilidades y de modalidades deseadas de conducta. Estas dos corrientes tenían fuertes lazos con el conductismo. Las críticas que se les hicieron en el sentido de que omitían los procesos intencionales y otros aspectos cognitivos, condujeron a que en las décadas de 1960 y de 1970 se elaboraran abordajes de terapia de la conducta de orientación cognitiva; a estos los exponemos en el capítulo 10.

### 9.1 Desensibilización y dominio de la angustia

### 9.1.1 El contracondicionamiento

La desensibilización es una de las corrientes de terapia de la conducta más antiguas y difundidas. Su principio es el contracondicionamiento, según fue aplicado ya por Mary C. Jones con la supervisión de Watson (cf. el capítulo 8, 2.3): el nexo entre la angustia y el estímulo desencadenante (que llegado el caso puede ser una «situación» entera) se interpreta como una conexión condicionada, tal como ocurrió, p.ej., con la angustia del pequeño Albert a «las cosas peludas» en el «experimento» de Watson. El propósito es, en un nuevo «experimento» de condicionamiento, conectar con este EC una reacción distinta, positiva, como podría serlo la sensación positiva que produce comer golosinas. Esta nueva conexión inhibe y desaloja a la anterior. Esquemáticamente podríamos representar así el proceso:



Desde luego que la angustia no se suele adquirir en una «neurosis experimental» causada por el investigador, sino que la experiencia de la vida se ha encargado de ese condicionamiento. A causa de la generalización, no es indispensable descubrir el estímulo que fue condicionado en el primer momento, sino que basta con estímulos «semejantes», que hoy producen igualmente reacciones de angustia.

Si examinamos con atención el esquema, advertiremos que existe una diferencia esencial entre el EC (conejo) en el «condicionamiento (1)» y el «contracondicionamiento»: en el primer caso, el EC es primero relativamente neutro, no así en el segundo porque aquí el EC se liga con la RI(1), la angustia. De este modo existe el peligro real de que en lugar del contracondicionamiento deseado EC-RI(2), resulte condicionado EI(2)-RI(1), o sea, en síntesis, que el sentimiento positivo de la golosina no se transfiera sobre la visión del conejo, sino que la angustia ante el conejo lo haga sobre la golosina. En lugar de aplicar un EI como «golosina», es evidentemente ventajoso elegir una condición que contrarie la angustia de la manera más directa posible. Ya señalamos, a propósito de la vegetoterapia de Reich, que la angustia se liga al sistema simpático (contracción de los vasos sanguíneos, espasmo, etc.), respecto del cual el parasimpático obra en sentido contrario (dilatación, distensión). Ya en 1929, Edmund Jacobson había elaborado un método de entrenamiento con el que se podía enseñar al paciente a distenderse: para ello se tensionaban (de manera progresiva) diversos grupos musculares (a fin de sentirlos con nitidez) y después se los distendía adrede. Llamó. «relajamiento progresivo» a este procedimiento y demostró que la distensión tenía efectos positivos sobre los estados de angustia.

Una ulterior modificación del experimento que venimos considerando consiste en que el estímulo (o la situación) que genera angustia no se reciba realmente, sino que sea representado; esto sin duda facilita mucho las cosas cuando el objeto-estímulo real se consigue difícilmente (p.ej., si está muy lejos en el espacio o en el tiempo, es demasiado complejo o abstracto, etc.). Según ya lo mencionamos, Bechterev, a comienzos del siglo XX, había obtenido logros en la eliminación de angustia por medio de representaciones.

### 9.1.2 La desensibilización sistemática de Wolpe

Aunque éstas ideas ya habían sido enunciadas y puestas en práctica en las dos primeras décadas del siglo, en la bibliografía se suele atribuir a Joseph Wolpe el mérito de haber formulado y elaborado esta variedad de terapia sobre la base de aquellos elementos. Wolpe, médico de la Universidad de Johannesburgo (Sudáfrica), llamó a este abordaje «desensibilización sistemática», concepto que ya se empleaba en medicina en conexión con el tratamiento de la alergia.

El núcleo de la desensibilización sistemática consiste en que el paciente organice primero las situaciones (o situaciones parciales, estímulos, etc.) que le provocan angustia en una jerarquía con arreglo al grado en que se la producen (esta es la llamada «jerarquía de la angustia»). Después que ha entrado en una honda distensión (que casi siempre se consigue con el procedimiento de Jacobson, abreviado por Wolpe), se lo exhorta a representarse aquellas situaciones. Se empieza con aquella que en la jerarquía se asocia con la angustia más leve; de esta manera se elimina escalón por escalón de la jerarquía (en general se emplean varias sesiones, y el procedimiento se repite con frecuencia).

Para establecer la jerarquía de la angustia (según Fliegel et al., 1981, págs. 154 y sigs.), se procede por cooperación entre cliente y terapeuta, primero mediante «compilación de situaciones» en charlas exploratorias especiales, con ayuda de cuestionarios sobre la angustia, observación de la conducta en la realidad o en juegos de roles, protocolos sobre situaciones típicas que el cliente prepara como tarea para la casa, averiguación entre parientes y conocidos (esto sobre todo en el caso de los niños). Se procede después aun ordenamiento temático y la angustia se gradúa --lo común es emplear una escala de cero a cien-, para lo cual, si es posible, conviene incorporar mediciones fisiológicas. La definitiva jerarquía de la angustia tiene que abarcar unos diez ítems. Además se aísla una «escena de calma»: una situación que no se relacione con angustia alguna sino que, por el contrario, resulte gata y provoque distensión. Esta escena servirá después, mientras se produce la desensibilización por evocación, para distraerse y ahondar la distensión.

En la práctica clínica, la desensibilización sistemática se emplea para un amplio espectro de síntomas; además de las diversas neurosis, se incluyen perturbaciones psicósomáticas. Muchos autores han comprobado la eficacia del método, aunque se ha demostrado que los dos componentes nucleares --distensión y jerarquía de la angustia- son particularmente efectivos pero no indispensables: se conseguía también eliminar la angustia enunciando las situaciones que la producían sin recurrir a distensión (por lo menos, sin distensión muscular) o representándoselas aunque su jerarquía no estuviera clara (p.ej., en terapia de grupo). (Estas son conclusiones de estudios recientes pero, bien mirado, ya Bechterev y Jacobson habían descubierto que para sus logradas terapias de la angustia el primero no necesitaba aplicar distensión muscular, y tampoco el segundo debía recurrir a la representación de situaciones de angustia.)

### 9.1.3 Problemas y críticas

El propio Wolpe elaboró su terapia basado en sus trabajos sobre neurosis experimentales con gatos. Logró reducir la angustia de estos animales dándoles comida en diversas jaulas que se iban asemejando cada vez más a aquella donde se había producido la neurosis experimental. Por eso entendió que el comer y la reacción neurótica eran dos reacciones que se inhibían entre sí, y al comienzo habló de «inhibición recíproca» (sólo después empleó la expresión «contracondicionamiento»). Para las aplicaciones terapéuticas en seres humanos, Wolpe sustituyó --como ya lo expusimos-- «comer» por «distensión», pero su modelo explicativo siguió siendo «inhibición recíproca como base central de los efectos psicoterapéuticos» (es el título de uno de sus primeros trabajos sobre esta terapia, 1954).

Wolpe y sus discípulos --en particular Arnold A. Lazarus y Stanley Rachman, que en 1957 publicaron su primer trabajo sobre desensibilización sistemática-- realizaron numerosos estudios de laboratorio. Consiguieron proteger el método de diversos artefactos posibles, y alcanzaron notables estadísticas de logros, sobre todo en los Estados Unidos durante la década de 1960 (Wolpe había emigrado a ese país). Lo mismo vale para el grupo de psicólogos que rodeaba a Hans-Jürgen Eysenck y a M. B. Shapiro en el Maudsley Hospital de Londres. Pero, en sentido contrario, los psiquiatras de esta última institución publicaron a mediados de la década de 1960 una serie de trabajos críticos en los que se detectaron ineficacia, desplazamiento de síntomas, problemas de generalización, dificultades de distensión y otros problemas (cabe citar entre ellos a Crisp, Gelder, Marks y Meyer, en el *British Journal of Psychiatry*; p.ej., Gelder y Marks, 1966; Meyer y Crisp, 1966).

No obstante esas críticas, el método de la desensibilización sistemática en su conjunto obtuvo vasta aceptación. Más cuestionada ha sido la fundamentación que Wolpe, basándose en la teoría del aprendizaje, ha dado de su eficacia: así, Valins y Ray (1967), falseando la realimentación de la lectura del pulso cardíaco, demostraron que lo eficaz no es la distensión misma sino la creencia o impresión de estar distendido; este efecto ha sido reproducido muchas veces (se encontrará una reseña en Florin y Tunner, 1975). Una hipótesis rival --que ha sido investigada en numerosas ocasiones-- acerca de la eficacia de la desensibilización sistemática consiste en el supuesto de la «habitación»; en síntesis: acostumbramiento por presentación múltiple de los estímulos (de angustia). Las investigaciones descubrieron otras perspectivas importantes para la explicación de la eficacia (algunas se superponen parcialmente): la esperanza del paciente en el resultado --pero también la confianza en su propia capacidad--, el papel de la instrucción, la vividez de la representación --particularmente, de reacciones diferentes--, la autoinstrucción, el aprendizaje de modelos (latente, llegado el caso; véase *infra*), etc. Estos descubrimientos han concurrido en definitiva a que muchos autores entiendan la desensibilización sistemática (sin desmedro de su técnica) como un proceso complejo de aprendizaje cognitivo en que el individuo en parte se habitúa a las situaciones que desencadenan angustia, en parte las aprecia de modo diferente y las asocia con una experiencia y una valoración distintas de sus posibilidades de reacción. Esta manera de ver despeja el camino a ampliaciones y modificaciones de la técnica para un tránsito sin tropiezos hacia abordajes cognitivos (intencionales).

## 9.2 Variantes

### 9.2.1 Entrenamiento para el dominio de la angustia

Una modificación ampliatoria de la desensibilización sistemática tiene su principal punto de apoyo en una distinta apreciación de la distensión: no introduce esta sólo para evitar a angustia en situaciones representadas (o en vivo); más bien, la angustia que amaga se debe percibir con claridad (y precozmente) a fin de dominarla por medio de la introducción activa de la distensión. Según lo han demostrado ciertas investigaciones (p.ej., Sachse y Kr8ner, 1978), este procedimiento es particularmente eficaz cuando se conjugan tres circunstancias: 1) una percepción lo más precoz posible de la angustia que amaga, atendiendo a reacciones corporales; 2) la autoinstrucción conciente de que la reacción de angustia puede ser controlada de manera autónoma, y 3) una técnica de distensión eficaz para poner en práctica el punto 2 (y la creencia en que ello es posible). Como técnicas de distensión se emplean, además de la relajación progresiva de Jacobson (o versiones abreviadas), el control de la respiración o el condicionamiento a una señal verbal (p.ej., «tranquilo»). Lo importante respecto de la autoinstrucción es que la técnica sea introducida por los terapeutas como un método activo de dominio. Si bien diversos autores atribuyen la eficacia de este método, por analogía con la explicación que ofreció Wolpe de la desensibilización sistemática, a la inhibición recíproca o el contracondicionamiento, Goldfried (1971), en particular, ha destacado el proceso de autocontrol activo.

### 9.2:2 Entrenamiento para la autoafirmación (assertive training)

Esta variante se remonta a Andrew Salter y el mismo Wolpe la aplicó antes de elaborar su propia técnica. El entrenamiento para la autoafirmación (o para la seguridad en sí mismo) parte de la consideración de que personas inseguras casi siempre saben bien en principio cómo se deberían comportar en determinadas situaciones (sociales), o cómo les gustaría hacerlo y qué deberían o podrían decir, pero la angustia de ser rechazadas o afrentadas y lastimadas por otras personas les impide defender sus intereses. A menudo el problema consiste en estos casos en la sofocación de reacciones de ira.

En el *assertive training* la angustia no se inhibe, como en la desensibilización sistemática, por medio de distensión sino de una reacción de enojo; ya Wolpe había sostenido que esas dos emociones eran fisiológicamente inconciliables en simultaneidad. Se alienta entonces a los pacientes a que expresen más y más sus sentimientos de enojo, con lo cual aquellas situaciones se volverán cada vez menos aversivas. Como explicación, Salter supuso un contracondicionamiento (pero no parecen menos verosímiles una habituación o una reestructuración cognitiva). *El assertive training* ha recobrado fuerte interés terapéutico gracias a muchos trabajos de fines de la década de 1970. Presenta una fácil transición hacia el método de entrenamiento en habilidades sociales, •unido con el aprendizaje de modelos (cf. sección 10.1).

## 9.3 Abordajes operantes

Los abordajes expuestos en la sección anterior, relacionados con la desensibilización, se desarrollaron en definitiva a partir de las concepciones del condicionamiento clásico desde los puntos de vista de la teoría del aprendizaje (con explicaciones distintas para los logros terapéuticos). Son apropiados sobre todo para el tratamiento de *problemas emocionales*, en particular, angustia. En esta sección expondremos abordajes que se elaboraron a partir del condicionamiento operante (o (instrumental)) según Skinner (véase *supra*), y que se emplean de preferencia para modificar o construir *modalidades de conducta*. (Digamos, anticipadamente, que de igual modo se han propuesto distintos modelos de explicación teórica de la eficacia de estos abordajes. Además, cuando decimos «de preferencia» no queremos indicar aplicación exclusiva sino una tendencia que la teoría recomienda y que se observa en la práctica.) Primero elucidaremos algunas nociones generales, para exponer después abordajes especiales.

### 9.3.1 Nociones generales del condicionamiento operante

Como ya lo esbozamos, en el condicionamiento operante se trata más o menos de lo siguiente: la probabilidad de cierta conducta (o de un elemento de una secuencia compleja de conducta) aumenta si esta es recompensada (si recibe un «refuerzo positivo» que en los experimentos con animales casi siempre consiste en comida). Cuando el refuerzo acostumbrado no se da, la probabilidad vuelve a descender rápidamente; en este caso se habla de extinción. Pero también se observa que introduciendo los llamados refuerzos negativos es posible hacer que disminuya la probabilidad de reacción (en los experimentos con animales se suele recurrir al electrochoque). Y cuando el refuerzo negativo acostumbrado no se da, la probabilidad de reacción vuelve a aumentar: a esta *ausencia* de refuerzo negativo se llama refuerzo negativo (una terminología que sin duda es confusa), cuyo efecto final es exactamente el mismo que el de un refuerzo positivo. Es posible incluso acoplar los dos tipos de refuerzo.

Puesto que existen refuerzos tanto positivos como negativos, que se pueden administrar o bien no administrar (o eliminar), se obtienen las cuatro posibilidades siguientes (según Holland y Skinner, 1974, pág. 245):

	Administración	Eliminación
Reforzador positivo	(A) Refuerzo positivo	(B) Castigo
Reforzador negativo	(C) Castigo	(D) Refuerzo negativo

Como para Skinner sólo se trata de modificar probabilidades de reacción, A y D, así como B y C, son equivalentes entre sí. (Vale la pena señalar que un conductista tan radical como Skinner, que no admite ningún «inobservable», menciona en este caso «probabilidades» en lugar de «frecuencias», aunque aquellas sean más hipotético-especulativas que «hambre», «pulsión» o «conflicto».) A pesar de la señalada equivalencia entre los efectos del refuerzo positivo y del negativo, en su administración se presenta una diferencia esencial: en el caso de A, es preciso que la conducta haya aparecido por azar de manera espontánea para que se la pueda reforzar -o sea que hay que incrementar esa conducta-, mientras que en el caso de D, la conducta que recibe el refuerzo negativo tiene que estar ya presente. Lo mismo vale para los castigos B y C.

En la aplicación de esta terapia operante de la conducta a seres humanos cobran importancia, desde luego, los dos casos mencionados en primer término: una conducta deseada es incrementada por recompensa de las acciones correspondientes mientras que una conducta indeseada es reducida por eliminación del refuerzo (y simultáneo refuerzo de alternativas de acción). Aun si dejamos de lado la problemática ética, la introducción de refuerzos negativos es difícil por el hecho de que en la vida cotidiana existen muy pocos estímulos aversivos contingentes cuya eliminación pueda producir refuerzo (D). En cuanto al castigo directo (C) -que es la patentada receta de muchos «educadores»-, el propio Skinner ha puesto en duda su eficacia duradera.

## Refuerzos y planes de refuerzo

Es evidente que un refuerzo debe ser específico respecto de la pulsión o de la motivación: la conducta de una rata sedienta no se refuerza con comida sino con agua. Skinner prefiere no hablar de «pulsión» o de «motivación» sino de «privación de este refuerzo» (sin embargo, frente a la experiencia cotidiana «introspectiva» de que beber calma la sed, opino que la observación «objetiva» de «privación de comida» supone saber que la comida opera como refuerzo, con lo cual «privación» se definiría justamente por medio de aquella observación que estaba destinada a explicar). Se distingue además entre refuerzos primarios y secundarios: los primeros son necesidades innatas, los segundos son necesidades adquiridas (en el caso extremo estas se generalizan y sirven después para la satisfacción de muchas necesidades básicas, p.ej., «dinero» que -en nuestras sociedades- puede ser aplicado a satisfacer el hambre, la sed, etc.; es un principio empleado en los llamados «programas de fichas», véase *supra*).

El plan de refuerzo más elemental es el refuerzo de toda reacción-meta («refuerzo continuo»). Pero más a menudo se escoge un refuerzo «intermitente»: en cada caso se lo administra sólo después de una determinada cantidad de reacciones o de un determinado intervalo de tiempo. En este tipo de refuerzo se puede distinguir también entre frecuencias de reacción e intervalos de tiempo constantes o variables. En el refuerzo intermitente, la resistencia a la extinción es mayor que en el refuerzo continuo.

### Extensiones de la situación de condicionamiento

Lo que en sustancia interesa es sólo la contingencia entre la modalidad de conducta operante (o reacción-efecto) y el refuerzo consiguiente, es decir que no se atribuye ninguna importancia a la situación-estímulo. No obstante, extendiendo este concepto nuclear se puede administrar refuerzo también en relación con determinadas situaciones-estímulo, p.ej., «apretar una tecla» sólo se reforzará con comida si antes se encendió una luz. Es preciso entonces reparar en el «estímulo indicador» (en este caso, la luz) o discriminar entre este estímulo indicador y otros estímulos (reaccionar a los cuales no vale refuerzo); se habla en estas circunstancias de control de estímulos o de aprendizaje de la discriminación.

El hecho de tomar en cuenta la situación-estímulo vuelve a aproximar, desde luego, las concepciones del condicionamiento clásico y del operante. Ahora bien, en el caso de la terapia de seres humanos, esta extensión es importante porque en la vida cotidiana la conducta de los individuos (reforzada o no) depende por regla general del contexto (= situación); p.ej., «recitar» una solución correcta en la escuela sólo es deseable si antes el maestro lo ha solicitado. Parece evidente que en este punto son aplicables alternativas cognitivas al condicionamiento operante.

Ya señalamos que las técnicas operantes, por lo menos en su aplicación a seres humanos, suscitan cuestiones de ética y no sólo de eficacia. Esto resulta válido en particular para los vastos ensayos, que a continuación expondremos, que tuvieron por teatro clínicas y asilos, y que hicieron famosa a la terapia de la conducta.

### 9.3.2 *Los programas de fichas*

En los programas de fichas, el refuerzo se administra en forma de «cuños monetarios» (dinero o fichas plásticas) que después se pueden cambiar por otra cosa (p.ej., comida). En la década de 1960 desarrollaron Teodoro Ayllon (nacido en 1929) y Nathan H. Azrin (nacido en 1930), entre otros, un vasto programa de fichas en un instituto psiquiátrico para enfermos mentales graves que apenas podían ser inducidos a realizar actividades intencionales. Tras un análisis preciso de la vida del instituto y de los hábitos y preferencias de los pacientes, Ayllon y Azrin definieron una gran cantidad de «tareas», p.ej., «veinte minutos de mensajería» o «quince minutos de cuidado de la ropa» (todas ellas operacionalizadas con precisión). Estas tareas eran recompensadas con una cantidad de fichas estipulada de antemano, que después se podían cambiar por determinadas cosas (los refuerzos propiamente dichos) que a los clientes les gustaba hacer o poseer, p.ej., elegir dormitorio, ver un filme, mantener una charla privada con la asistente social, etc. (cf. Ayllon y Azrin, 1968).

Los resultados mostraron con claridad que un refuerzo contingente al rendimiento lograba construir y mantener en buena medida, aun en estos pacientes hospitalizados con enfermedad crónica grave, las conductas deseadas por la administración (aunque se vio que si faltaba el premio, lo que corresponde al caso B del esquema, las conductas disminuían de manera notable). Pero un reanálisis crítico llevado a cabo por Azrin (1977) puso de manifiesto que es mucho más difícil desarrollar un sistema de refuerzos y de modalidades de conducta contingentes en una clínica psiquiátrica que en el laboratorio, y que algunos de los principios aplicados no se podían deducir solamente del condicionamiento operante.

Si al comienzo se organizaron servicios semejantes en más y más clínicas, esta tendencia cesó hacia mediados de la mencionada década cuando los movimientos de derechos humanos plantearon objeciones éticas. El problema ético es en este caso de apreciación difícil porque, por una parte, es indudablemente positivo que un esquizofrénico que hasta ese momento permanecía retraído e inabordable empiece a vestirse solo y a participar en actividades comunitarias, pero, por la otra, no es muy defendible que necesidades relativamente básicas como disponer de una silla personal, de un perchero para la ropa, o aun mantener una charla con un sacerdote o con un psicólogo, se tengan que «pagar». Es cierto que Ayllon y Azrin habían contemplado la satisfacción «gratuita» de algunas necesidades básicas por lo menos; es que en la década de 1950, experimentos similares a los de Ayllon, en los que no se empleaban fichas como refuerzo, sino directamente comidas y la provisión de otras necesidades esenciales, habían provocado objeciones todavía mayores (porque no ganarse esos reforzadores llevaba, p.ej., a la privación de comidas).

Puesto que la «educación» de los niños en muchos sentidos se entiende como la necesidad de «inculcar» determinadas conductas (gratas y deseables para los padres, desde luego) y de «formar al joven individuo», no es raro que el condicionamiento operante se aplique a la educación y la terapia de la conducta del niño. Un ejemplo más bien positivo de esto es una investigación de Ayllon y Kelly (1972) en la que se elaboró un material didáctico especial para niños retardados (CI inferior a 55), de manera que por medio de fichas se pudieran reforzar determinados rendimientos. En comparación con un grupo de control para el que se establecieron condiciones estrictamente paralelas, el CI aumentó de manera significativa (aunque poco importante, sólo unos pocos puntos). Más cuestionable desde la perspectiva ética es sin duda la introducción de métodos operantes en la terapia de «ataques de furia», «conductas agresivas», «enuresis», etc. (Desde luego, es mucho más fácil modificar estas conductas infantiles que hacerlo con la imagen monocausal del mundo sustentada por tantos «pedagogos».)

### 9.3.3 *Biofeedback*

Si los abordajes antes descritos traían al primer plano la conducta voluntaria, en el biofeedback (que en general significa ir comunicando al paciente sus estados corporales) el centro de gravedad se sitúa en el refuerzo de ciertas reacciones involuntarias, es decir, «autónomas».

En la década de 1960, el biofeedback llegó a ser una «moda». La inspiración provino de trabajos de M. A. Wenger y otros (1961) sobre los yogas de la India. Se determinó que los yogas podían acelerar el pulso en treinta pulsaciones por minuto, y retardarlo en dieciséis (desde luego que sin recurrir a movimientos, etc.). Para conseguirlo demostró tener particular eficacia la realimentación acústica u óptica de estas alteraciones.

Entretanto, y no en último término gracias a un floreciente mercado de aparatos, casi todos los parámetros imaginables pudieron ser «realimentados», lo que volvía asequible su control: desde frecuencias cardíacas y respiratorias (para estas últimas desde luego no eran necesarios los aparatos), pasando por tensiones musculares (electromiograma, EMG), conductibilidad y temperatura de la piel, hasta frecuencias específicas (sobre todo, ondas alfa) que aparecen en el electroencefalograma (EEG).

A mediados de la década de 1970 se entabló un fuerte debate para saber si el sistema autónomo podía ser influido de manera directa o sólo por mediación del sistema voluntario motor; hoy esta cuestión no parece importante. Desencadenaron el debate unos presuntos logros de condicionamiento de Miller y DiCara (1967), obtenidos en ratas a las que se les había administrado curare (y cuya motricidad voluntaria había quedado, por lo tanto, fuera de acción). Por una parte, estos resultados no se pudieron reproducir después (y los propios autores hablan hoy de artefactos); por la otra, el hecho de no poder ejecutar reacciones motoras voluntarias no excluye en principio su colaboración, tanto más cuanto que reacciones autónomas y voluntarias presentan cierto grado de integración central, como lo señaló Wittling (1980, pág. 204). Aunque en personas paralizadas se han obtenido indicios de un condicionamiento inmediato de reacciones autónomas (p.ej., Brucker, 1977), en todo caso se trata de excepciones y en definitiva parece estar en juego menos una cuestión empírica que una definición sobre el significado de «mediato» (Brener, 1977).

También «el culto de las ondas alfa ha pasado», según lo comprueba Birbaumer (1977, pág. 276) en su reseña de las investigaciones del biofeedback: «distensión» y «bienestar» -presuntamente ligadas con acentuadas ondas alfa en el EEG- provienen más bien de las expectativas y suposiciones del experimentador y el sujeto (bien es cierto que esto puede resultar beneficioso, como efecto placebo, en personas angustiadas y neuróticas, en quienes las expectativas desempeñan un papel importante). La esperanza de asistir a pacientes con predominio de ondas frontales planas por medio de entrenamiento para las ondas alfa no dio resultados, como tampoco se verificó la conjetura de que se podía tratar la hipertensión esencial por medio de biofeedback. Pero han quedado ciertos resultados parciales, p.ej., para el tratamiento de la epilepsia por el entrenamiento en ondas-EEG especiales (Serman, 1976).

Un problema serio de la terapia de biofeedback consiste en que si es posible controlar bien, en el sentido deseado, el cambio de determinadas variables dentro de una sola sesión, en el curso de varias sesiones aumenta la posibilidad de que se generen artefactos. En efecto, la línea de base (o sea, el valor inicial en cada ocasión) varía no sólo por resultados terapéuticos sino a causa del consumo de café, té, alcohol, cigarrillos, y también de la hora del día, del estado del paciente, etc. En el caso de los fenómenos eléctricos (como la conductibilidad de la piel) se agregan otras posibilidades de artefactos, p.ej., si se usa ropa de seda.

No es asombroso entonces que Birbaumer (1977) y Wittling (1980) expresen en sus artículos panorámicos un optimismo muy moderado, como lo han hecho otros autores en tiempos recientes, acerca de la eficacia del biofeedback.

### 9.3. 4 *Autocontrol*

Las nociones principales del condicionamiento operante se elaboraron e investigaron en experimentos con animales, controlados estrictamente, y una visión acorde se trasladó a la terapia con seres humanos: la tendencia fue considerar al individuo como un organismo más bien pasivo, gobernado por determinados refuerzos y por la situación-estímulo (o sea, en definitiva, por condiciones exteriores).

Esta manera de ver no toma lo bastante en cuenta que la mayoría de las acciones (las importantes, al menos) son intencionales, incluidas las que se relacionan con la terapia. Esto es así, comenzando por el hecho de que es la persona misma la que se pone en tratamiento; después, ella colabora con el terapeuta en el análisis de la conducta y también en el empleo de refuerzos (p.ej., ayudará a definir condiciones que ofrezcan refuerzos menos positivos a una conducta indeseada); además, ella controla sus ejercicios conductuales hasta que, por fin, planifica por su cuenta autorrefuerzos (p.ej., discierne premios para ciertos logros y prevé una supervisión y una observancia estricta de su planificación). Pero si se toman en cuenta estas capacidades y se las utiliza en el trabajo de terapia de la conducta, en ese mismo acto se abandona el marco restringido de la concepción operante y -según se ponga el acento en la autoimposición de refuerzos o en la promoción conciente de habilidades para solucionar problemas en general- se abre una perspectiva casi franca hacia los modelos cognitivos de terapia de la conducta.

Además de «autocontrol», designación que hemos escogido para el suotítulo, tal como Skinner la empleaba, encontramos para estos abordajes también conceptos como «autorregulación», «autogobierno» o «autoadministración». Este último concepto fue difundido principalmente por Frederick H. Kanfer, quien combatió todo dogmatismo en la terapia de la conducta, situó en el centro de su consideración aspectos como autorrefuerzo, autoevaluación y autosupervisión (véase *infra*), e insistió en la responsabilidad de la persona misma en cuanto a la modificación y corrección de su conducta (cf., p.ej., Kanfer y Goldstein, 1979). Apuntemos que esa perspectiva franca hacia las terapias cognitivas de la conducta, que acabamos de mencionar, es evidente en el propio Kanfer, a quien muchos autores (p.ej., Hecht, 1984) cuentan entre los «terapeutas cognitivos de la conducta». En lo que sigue expondremos brevemente algunos abordajes centrales en el campo del autocontrol.

### 9.3.5 *Autorrefuerzo*

Esta noción, entre los métodos aquí enumerados, es la que presenta la mayor armonía con las ideas centrales del aprendizaje operante: sólo que los métodos operantes no son aplicados por un tercero (el terapeuta) sino por el propio paciente (y el terapeuta hace el papel de intermediario, consejero y entrenador en esa autoaplicación). Lo más común es aumentar la probabilidad de la conducta deseada por medio de un refuerzo positivo (A), regalándose algo no cotidiano a cambio de esa conducta («logro»), o bien -lo que tiene más sentido- permitiéndose los diversos gustos cotidianos (comer, mirar televisión, etc.) sólo de manera contingente a ella.

Más difícil es reducir la frecuencia de las reacciones indeseadas. Desde luego, se emplean métodos de autocastigo (C), pero estos requieren una motivación elevada. También el autocastigo indirecto (C) es poco aplicable a causa de la dificultad de encontrar refuerzos usuales que se puedan retirar. Por eso suele ser más manejable el control de los estímulos.

### *9.3.6 Control de los estímulos*

Ya hemos introducido este concepto, a saber, como control de las situaciones (= «estímulos indicadores») en las que se refuerza una conducta indeseada (o deseada). En el caso de las conductas problemáticas (comer mucho, fumar, etc.), un análisis exacto de la conducta muy a menudo lleva a descubrir que estas modalidades de conducta van acompañadas de muchos estímulos agradables -p.ej., «comer» con contacto social, mientras se mira televisión, etc.-. Importa entonces poner límites en la medida de lo posible a las condiciones situacionales y a la conducta en cuestión, p.ej., no ingerir alimentos ricos en calorías, comer poca cantidad, tomar aperitivos sólo inmediatamente antes de comer, restringir la disponibilidad de los alimentos, etc., y comer sólo a la hora estipulada, en lugares establecidos, con exclusión de todos los demás refuerzos positivos. De este modo se consigue aislar la conducta problema.

Al mismo tiempo, se pueden reforzar positivamente conductas alternativas (p.ej., levantarse de la mesa). De manera análoga, se introducirán controles de estímulos para construir las conductas deseadas: en cuanto a la conducta misma, es preciso encontrar y remover el contexto negativo (p.ej., eliminando el refuerzo positivo de conductas alternativas indeseadas, como «huida») y asegurar el refuerzo de la conducta acorde con la meta.

Como ya dijimos, esto exige un análisis preciso de las circunstancias concomitantes. Cabe observar que existen también refuerzos cognitivos (p.ej., «sentimiento de éxito» = refuerzo positivo; «sentimiento de fracaso» - castigo cognitivo). Las dos cosas, el análisis y el refuerzo cognitivo, son centrales en el abordaje que sigue.

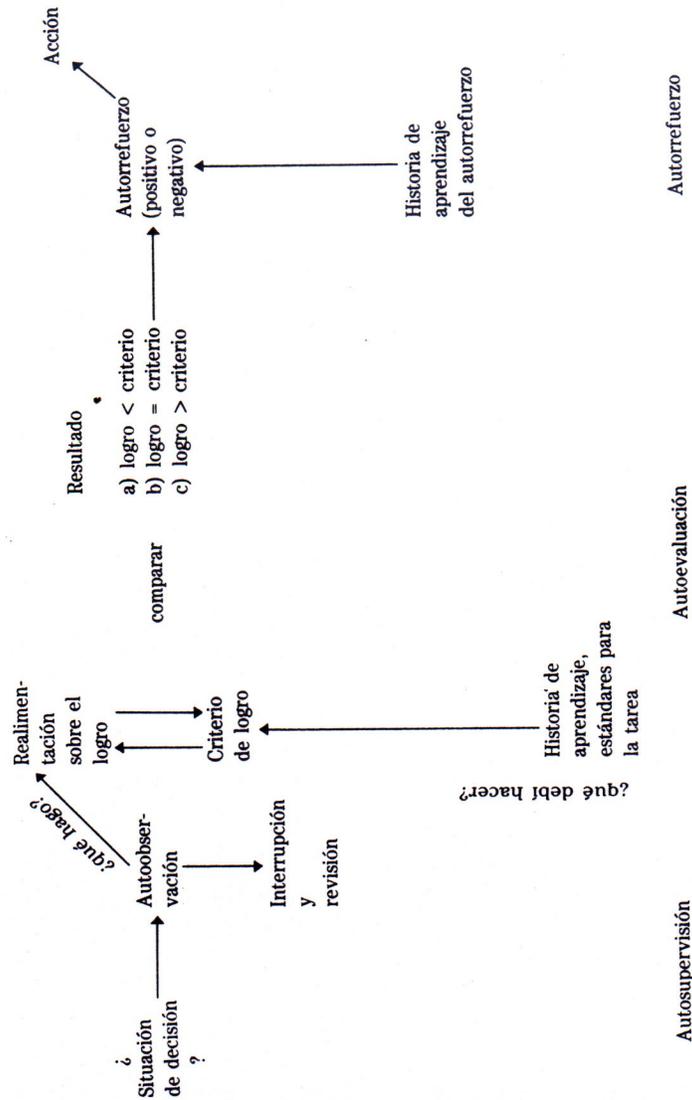
### *9.3.7 Autoobservación*

En la autoobservación importan la aprehensión precisa y el análisis de las condiciones contingentes a la reacción. La conducta tiene que ser definida con precisión; frecuencias, intensidades y lapsos se protocolizarán, etc. (cf. Kanfer, 1979, págs. 370 y sigs.). Ahora bien, en el sentido del aprendizaje operante, la protocolización de una conducta indeseada vale como «castigo», y la de una conducta deseada, como refuerzo positivo. (De esto se sigue, no en último término, que en el refuerzo positivo los pasos de aprendizaje no se tienen que fijar demasiado grandes para evitar que el empeño por alcanzar la conducta deseada sea castigado con el fracaso.) La protocolización puede entonces extenderse considerablemente, con el consiguiente aumento de su valor (p.ej., preparar gráficos de evolución). Además, por la autoobservación exacta, el paciente recibe un feedback sobre su conducta, partes de la cual de lo contrario ocurrirían «automáticamente». Si se consigue que la conducta indeseada se registre antes de ser ejecutada, como efecto ulterior se obtendrá la interrupción de su proceso.

Desde luego, el paciente, en su actividad de autoobservación, no se limita a valorarse a sí mismo, sino que sus empeños se sitúan dentro de un contexto social (lo que está implícito ya en su relación con el terapeuta).

### *9.3.8 Contratos terapéuticos*

Contratos terapéuticos fijados por escrito se emplean en muchos otros abordajes a causa de la claridad que introducen en la relación. En muchos casos se establece una especie de «contrato básico» referido a la terapia en su conjunto. En este contexto, en cambio, se piensa en contratos acordados por breve pla



Esquema 9.1: *Modelo de autorregulación* (según Kanfer, en Kanfer y Goldstein, 1977)

zo, a menudo de sesión en sesión (a modo de «tareas para el hogar» por realizar entre sesiones), en que el paciente se compromete a experimentar modalidades convenidas de conducta. Estos contratos, en tanto hacen explícitos determinados procesos, promueven la autoobservación, y su obligatoriedad establece refuerzos o castigos (cognitivos); además de esto se pueden convenir refuerzos y castigos suplementarios, que se incluirán como elementos del contrato.

### 9.3.9 EL modelo de autorregulación de Kanfer

Kanfer (1979) expuso un modelo de autorregulación en el que integró muchos de los aspectos que hemos mencionado. Este modelo articula según tres fases los rasgos básicos del proceso con que un individuo gobierna su propia conducta; ellas son autosupervisión, autoevaluación y autorrefuerzo. Kanfer insiste en que muchas conductas discurren -de manera cuasi «automática»- inmersas en secuencias. El modelo opera cuando un acontecimiento conflictivo interrumpe ese discurrir, p.ej.,

si sobrevienen consecuencias inesperadas de esa conducta o si se vuelven necesarias decisiones para continuarla. Se trata entonces de un modelo de pensamiento o de trabajo (y no de la postulación de tres procesos psíquicos distintos).

## 10. Abordajes cognitivos de la terapia de la conducta

El rasgo que caracteriza al ser humano es su conciencia reflexiva: a diferencia de la conducta instintiva de los animales, y de la complicada danza de las abejas, en que estas se comunican información y reaccionan a ella de la manera adecuada; a diferencia; también, del animal condicionado y del recién nacido humano que llora y cuyo llanto puede llegar a ser «reforzado» con un «premio», el hombre (un poco más avanzado en su edad) por regla general introduce sus gestos (p.ej., el llanto) con conciencia, conoce (más o menos) lo que ha de seguir a ese llanto, llora para que ocurra determinada cosa, puede prever y esperar estas consecuencias. Esto significa que comprende (casi siempre) el significado de sus propios gestos, se indica -por así decir- algo a sí mismo y se mira desde la perspectiva de otro. Después, cuando el niño «juega a la mamá» con su muñeco, hace el papel de la madre e indica al muñeco su rol -el rol del niño-, penetra con pleno sentido (una parte) de su obrar, puede fingir su propio papel (en la «persona» del muñeco) y la relación con la madre (inclusive las expectativas de ella), o sea que desde la perspectiva de la madre puede mirarse a sí mismo por reflejo. La adopción de perspectivas más amplias (y de las expectativas correspondientes), y la generalización, dan lugar a una formación compleja de expectativas de expectativa: estas son las presunciones (expectativas, proyecciones) de una persona sobre el modo en que tal vez aparece desde las perspectivas generales de los otros y sobre lo que estos esperan de ella (= normas y valores de la sociedad). Estos apuntes sumarisimos que acabo de hacer van referidos a la piedra fundamental de la conciencia reflexiva tal como ha sido expuesta en detalle, p.ej., por el psicólogo social George H. Mead (1936), y como se ha integrado en la teoría del «interaccionismo simbólico» (hoy importante sobre todo en sociología).

Desde luego que uno puede intentar, en el espíritu del condicionamiento clásico u operante, una «psicología» que no tome en cuenta estas cualidades característicamente humanas. Lo que se puede objetar a esto no es tanto decir que semejante investigación estaría más en su sitio si la llevaran a cabo etólogos especializados en el ser humano, biólogos y fisiólogos (o sea que no haría falta fundar para ello una psicología como disciplina independiente), ni tampoco plantear la duda sobre si tiene sentido reglar una psicología moderna por los ideales científicos y naturalistas del siglo XIX (y en el mejor de los casos de los primeros años del siglo XX) cuando se trata de posiciones que las propias ciencias naturales hace mucho consideran superadas. Más importante es la objeción de que evidentemente no se ha conseguido, en la terapia de los problemas humanos -esto es, más allá del laboratorio experimental-, llevar adelante esta posición y explicar una serie de fenómenos o, al menos, hacerlo de modo más satisfactorio que abordajes rivales en los que se contemplan aspectos no conductuales.

En efecto, en el marco ya de las primeras teorías norteamericanas del aprendizaje (aunque se redujeran a experimentos con ratas), no se consiguió sustentar la posición conductista: el abordaje de Tolman, que empleaba conceptos como «aprendizaje latente», «expectativa signante», «propósito», etc. (véase *supra*), nació para explicar fenómenos como el aprendizaje animal sin refuerzo observable o la «visión panorámica» (*cognitive map*) que permitía al animal elegir en cada caso el camino más corto en el laberinto. Y con mayor intensidad todavía se advirtió después, en los experimentos con seres humanos, según lo expusimos antes (tanto en la desensibilización como en los métodos operantes), el influjo que ejercen sobre el proceso terapéutico la instrucción, la expectativa, la autoevaluación, el autoadoctrinamiento, etcétera.

En vista de estos descubrimientos de la investigación y, sobre todo, de la práctica cotidiana, los terapeutas de la conducta empezaron desde muy temprano a integrar en sus teorías elementos cognitivos. Cuando en los debates de la década de 1960 sobre los principios teóricos se puso en duda el rigor de las explicaciones de la teoría del aprendizaje para algunos fenómenos terapéuticos (véase *supra*), los investigadores de orientación más práctica empezaron a tomarse la libertad de ampliar las concepciones de teoría del aprendizaje en terapia de la conducta con elementos «ajenos a la teoría»;

y es manifiesto que este paso les procuró un éxito considerable con sus clientes y, además, el reconocimiento de sus colegas.

En este sentido, Arnold Lazarus, durante mucho tiempo discípulo fiel de Wolpe, defendió un «eclecticismo técnico»: el psicólogo clínico tiene por mira principal asistir al paciente; por lo tanto, no puede permitirse renunciar a técnicas eficaces con el argumento de que infringen determinados principios de la teoría del aprendizaje. Caracterizó las concepciones de Wolpe y Skinner como «simplistas, estrechas y limitadas», y abogó en particular por la integración de aspectos cognitivos en la terapia (cf., p.ej., Lazarus, 1967 y véase *infra*, sección 10.7). Ideas afines sustentó, entre otros, Todd Risley (p.ej., 1969), desde el campo de los terapeutas de la conducta de la corriente del condicionamiento operante.

Desde entonces fue incesante la aparición de modificaciones de la terapia de la conducta con enriquecimientos y fundamentos cognitivos. Es comprensible que en este entusiasmo innovador volcado a la práctica surgiera una diversidad de técnicas cuyo fundamento teórico resultaba oscuro, según lo lamentan los propios representantes de esta corriente cognitiva (p.ej., Mahoney y Arnkoff, 1978). El concepto mismo de «terapia cognitiva de la conducta» sólo se explica, en verdad, por su génesis histórica, es decir, el intento de ampliar la terapia de la conducta con perspectivas cognitivas; aquella designación, en efecto, agrupa dos perspectivas y dos estrategias explicativas que son inconciliables. Por esa razón «terapia cognitiva de la conducta» puede sonar como «bola de nieve caprichosa»: una contradicción en los términos.

En lo que sigue expondremos sucintamente los más importantes abordajes de la terapia cognitiva de la conducta. Para anticipar una visión a vuelo de pájaro, entre ellos 'se cuentan, en primer lugares aprendizaje de modelos de Bandura (considera que se puede aprender por medio de la observación y la imitación); el condicionamiento latente de Homme y Cautela, así como otras formas centradas en la capacidad de dominar (*coping skills*) situaciones problemáticas (p.ej., Goldfried, 1971; Suinn y Richardson, 1971). En este caso se emplean elementos cognitivos para la *explicación y ampliación* de los modelos explicativos de la terapia de la conducta. En las terapias directas de solución de problemas, *dominio* cognitivo y estrategias conductuales se promueven al mismo tiempo y en igual medida. Por último, en los abordajes de *reestructuración cognitiva* (p.ej., Beck, 1970; Meichenbaum, 1974; pero también Ellis, cf. *infra*, el capítulo 11), interesa sobre todo el cambio de las pautas internas de evaluación, procesamiento y argumentación, que sustentan la conducta. Dada la diversidad de corrientes, en lo que sigue tenemos que limitarnos a elucidar de manera sucinta y a modo de ejemplos algunas ideas y concepciones centrales.

### 10.1 Aprendizaje de modelos

En esta técnica el aprendizaje se produce por la observación de determinadas reacciones de personas tomadas como modelos sin que el paciente mismo tenga que poner aquellas en práctica (en el plano manifiesto). Ya Watson había propuesto en 1920 la, (imitación social) para extinguir la neurosis experimental; pocos años después fue aplicada con éxito por Mary Jones a la eliminación de angustias neuróticas en niños (véase supra). Bandura, a raíz de sus investigaciones, realizadas trascurridos cuarenta años de aquella fecha, sostuvo que en efecto la observación de una conducta exenta de angustia era apropiada para extinguir reacciones de angustia, pero que todas las modalidades de conducta posibles se aprendían únicamente por la observación de la conducta correspondiente. Sin embargo, las investigaciones más conocidas de Bandura son las referidas al aprendizaje de modelos en relación con la terapia de la angustia: si, p.ej., un niño que tiene miedo a un objeto determinado (como dos perros) puede observar la manera en que otros niños tratan despreocupadamente a ese objeto, esta conducta es imitada. Por el recurso de variar las condiciones, -descubrió Bandura (junto con otros investigadores) que

- a. observar en vivo es mejor que hacerlo en un filme;
- b. es positiva una aproximación progresiva del modelo (es decir que este no presente desde el comienzo una competencia total);
- c. hace falta un contexto positivo (p.ej., que la observación se produzca en el marco de una reunión social), y
- d. lo más eficaz es el aprendizaje con participación guiada (la conducta mostrada por el modelo es experimentada enseguida por el observador; cf., p.ej., Bandura et al., 1969).

En su modelo explicativo, Bandura distingue tres procesos reguladores que influyen sobre la conducta:

1. estímulos externos (como se los entiende en el condicionamiento clásico);
2. procesos simbólicos internos (que, p.ej., influyen sobre la atención, la percepción y la memoria de pautas de conducta presentadas), y
3. procesos que dan refuerzo a reacciones (como en el condicionamiento operante y en los procesos de biofeedback).

### 10.2 Entrenamiento en competencias sociales

¿A qué se debe que alguien se comporte de manera inapropiada en algunas situaciones (en particular, sociales)? Puede experimentar angustia (condicionada) a manifestar determinadas conductas; en tal caso hay que contra-condicionarlo, con procedimiento análogo a la desensibilización sistemática. Este abordaje conduce al *assertion training* de Wolpe y Salter (véase supra). Pero puede suceder también que la persona ni siquiera haya adquirido esta modalidad de conducta; se tratará

entonces de lagunas conductuales. En esta segunda perspectiva insisten algunos terapeutas cognitivistas de la conducta (el propio Bandura entre ellos), aunque es cierto que la diferencia teórica tiene escasa importancia práctica.

Si alguien no ha tenido oportunidad -o la ha tenido en muy escasa medida- de observar y/o de ejercitar cierto repertorio de conductas, puede ocurrir que simplemente le falten conocimientos y/o que carezca de capacidad de discriminación para conjugar de manera adecuada las situaciones y las alternativas de conducta, y/o que le falte ejercitación en esa conducta concreta. Es atinado entonces distinguir, en el aprendizaje, entre la adquisición de una habilidad y su puesta en práctica. Comoquiera que sea, en estos casos de lagunas conductuales hay que construir modalidades nuevas de conducta. Junto a la práctica de conductas concretas en vivo (de preferencia, en grupos de terapia) o en juegos de rol con el terapeuta, también aquí el aprendizaje de modelos es un método adecuado de entrenamiento (sobre todo si se trata de niños). Y en modelos de conducta más complejos, en conexión con angustias sociales, se ha demostrado que también lo recomendable es un modelo en que el paciente tenga que ponerse él mismo a dominar la situación y sus dificultades (y que por lo tanto lo supere en poco), más que uno demasiado perfecto y competente (cf., p.ej., Marlatt y Perry, 1977).

### 10.3 Solución de problemas

Además de las dificultades en el contacto social, también un manejo inadecuado de «problemas prácticos» y dificultades de la vida (p.ej., decidirse por un empleo, no encargarse a tiempo los libros cuando a uno le han pedido una reseña importante, etc.) puede traer perjuicios considerables. D'Zurilla y Goldfried (1971) han sido de los primeros en proponer terapias de solución de problemas, que después el propio Goldfried y otros siguieron elaborando.

Los autores presentan la solución de problemas como un proceso conductual manifiesto, cognitivo, que *a)* ofrece una diversidad de alternativas de reacción, potencialmente eficaces, para la situación problemática, y *b)* vuelve probable que se elija la reacción más eficaz dentro de ese repertorio. En este abordaje no se buscan soluciones específicas para problemas particulares sino que se persigue la adquisición de estrategias universales para el mejor dominio de situaciones problemáticas. El proceso de la solución de problemas, así entendido, se divide analíticamente en cinco fases (lo que no supone afirmar que deba discurrir siempre con arreglo a ellas):

*I. Actitud general:* en esta fase se trata de llegar a ver en la aparición de problemas algo «normal» y de desarrollar una percepción diferenciada de estas situaciones problemáticas, y una actitud positiva hacia su superación.

*II. Definición y formulación del problema:* los elementos singulares del problema tienen que ser aprehendidos con la mayor claridad posible, o ser traídos de un plano abstracto a uno concreto donde se los reformule.

*III. Descubrimiento de alternativas:* como se hace en las entrevistas de asesoramiento en que los miembros ofrecen todas las soluciones que se les van ocurriendo, es preciso reunir el mayor número posible de estas (y no excluirlas, por una evaluación apresurada, de una ulterior reconsideración).

*IV. Decisión:* sólo después de III, todas las alternativas deben ser apreciadas con arreglo a sus «costos» y «beneficios» y a las probables consecuencias que de ellas han de seguirse.

*V. Revisión:* una vez consumadas la decisión y la acción, es preciso reexaminar la solución del problema.

Este procedimiento es muy afín a la concepción TOTE (*TestOperation-Test-End*) de Miller, Galanter y Pribram (1960), según la cual las acciones transcurren siguiendo tareas parciales organizadas jerárquicamente (p.ej., «clavar un clavo»: *test*= «el clavo no ha penetrado -por completo- en la madera»; *operation*= «golpear la cabeza del clavo con el martillo»; nuevamente *test* y, si el resultado sigue como el anterior, nuevamente operación; de lo contrario, *end*, es decir, se elige la siguiente unidad TOTE. Mientras tanto, la propia «operación» se puede organizar según unidades TOTE -como levantar el martillo/bajar el martillo- y la unidad TOTE que hemos descrito puede ser considerada una operación de una unidad de orden superior: clavar un clavo como parte de colocar un estante, y esto a su vez como parte de la construcción de un armario).

Buena parte del entrenamiento para la solución de problemas se desarrolla en el plano cognitivo (analizar, actuar en la imaginación, argumentar). Además, en la terapia se reexamina también la práctica de los pasos enumerados, en vivo, a raíz de problemas concretos.

### 10.4 Condicionamiento latente

En estas técnicas, desarrolladas primero por Lloyd E. Homme (1965), y después sobre todo por Joseph Cautela (p.ej., 1966, 1976), se trata del efecto modificador que sobre la conducta producen acciones, refuerzos y castigos imaginados. Partiendo del modelo del aprendizaje operante, Homme propuso, con miras al autogobierno, castigos latentes (*covert*) para una conducta indeseada (p.ej., fumar) y refuerzos positivos para su omisión (o para reacciones alternativas). A estos los llamó «coverants», forma abreviada de «*covert operants*».

De modo semejante, en la «sensibilización latente» de Cautela, los pacientes tienen que imaginarse estímulos aversivos como castigo, p.ej., primero el deseo de fumar, la acción de tomar un cigarrillo, de encenderlo, de aspirar el humo, y después, que eso mata. Toda la escena -y en particular el «castigo»- se tiene que imaginar de la manera más vívida y verosímil que se pueda. Tras una pausa -y con la misma intensidad- se representará en la fantasía una escena en que el paciente renuncia a fumar y a cambio de ello recibe un refuerzo positivo (p.ej., un sentimiento grato, dichoso). De manera parecida, en la extinción latente, el paciente se tiene que imaginar que no se da el refuerzo eficaz, p.ej., en un caso de bulimia, la idea de que uno come su plato favorito pero no le siente gusto ni experimenta otras sensaciones agradables. En el «aprendizaje latente de modelo», el paciente se limita a representarse en la fantasía la manera en que la «persona modelo» domina su situación de angustia y, p.ej., se acerca más y más a un perro, lo acaricia, etc. Una dificultad que presentan estos «condicionamientos latentes» es, naturalmente, que el terapeuta no puede apreciar bien si la representación es eficaz, p.ej., en la «extinción latente», si de verdad no subsiste ningún refuerzo positivo para la conducta indeseada.

## 10.5 Autoinstrucción

Si en el entrenamiento de habilidades sociales y de competencias, para la solución de problemas las conductas externas (ligadas con cogniciones) ocupan el primer plano, y en el condicionamiento latente, en cambio, desempeñan este papel las representaciones vívidas así como variedades de conducta que no son observables por terceros, en el trabajo de autoinstrucción no se trata en sustancia de conductas manifiestas ni latentes sino de un estilo de pensamiento «defectuoso» (que acompaña a la conducta). Este método de las autoinstrucciones se liga sobre todo con el nombre de Donald W. Meichenbaum (cf., p.ej., 1977, 1979), aunque aspectos esenciales se remontan a Albert Ellis (cf. el capítulo 11) y a Aaron T. Beck (véase *infra*).

El punto de partida de estos abordajes es la idea de que el obrar (incluido el planificar) y el vivenciar humanos están acompañados de un «diálogo interior» autorreflexivo. Al parecer se desconocía que desde la década de 1930 ya existía, como lo esbozamos al comienzo de este capítulo, una teoría completa; al menos, Meichenbaum (1979), entre más de quinientos autores que cita, no lo hace con Mead; Beck et. al. (1981) ni siquiera lo menciona, y Ellis (1977) sólo lo nombra de pasada. Cabe conjeturar entonces que el «diálogo interior» se (re)descubrió desde la posición del eclecticismo práctico y no se desarrolló sobre la base de las teorías elaboradas preexistentes.

El diálogo interior tiene particular importancia en tanto atribuye un valor a diversas cosas, y ese valor determina si algo es un refuerzo positivo o un castigo: si una persona está en una reunión social y nadie le dirige la palabra, se puede decir «¡Qué terrible! Parece que nadie se interesa por mí. Es penoso; por lo tanto, evitaremos venir. Nadie gusta de mí... es insoportable», pero también «Muy bien, al cabo me puedo distender y ser espectador de la reunión. Es lindísimo contemplar a estas personas desde alguna distancia». El suceso -que a la persona no le dirigen la palabra en una reunión social- es idéntico en los dos casos pero lleva a resultados totalmente distintos; entonces, no el suceso mismo sino su valoración es aquí un estímulo positivo o aversivo. Está claro que a esta diversa experiencia de la reunión social se ligan de igual modo consecuencias diferentes en la conducta presente y futura. Ahora bien, si el terapeuta puede prever y modificar lo que el cliente se dice a sí mismo, abrirá un importante acceso a la modificación de la conducta. Meichenbaum divide el proceso concreto de la terapia en tres fases (aunque desde una fase posterior se puede retroceder hasta una anterior, sea como repetición o con miras a un esclarecimiento más profundo):

*Fase I* Estructuración conceptual del problema: se trata aquí de «penetrar de manera comprensiva la naturaleza particular del problema planteado por el paciente». El esquema conceptual que el paciente suele aportar acerca de su problema es elucido; el terapeuta realiza un análisis de situación y se planifica el comienzo del tratamiento.

*Fase II*. Puesta a prueba del esquema: el terapeuta ayuda al paciente a «dilucidar la estructura conceptual de su problema, a experimentarla y a consolidarla». El cliente aprende a obedecer a sus «autoenunciaciones», o sea, a diferenciar en cada caso si no son los sucesos exteriores sino sus propias ideas y valoraciones las que le provocan, p.ej., angustia.

*Fase III*. Modificación de las autoenunciaciones y producción de modalidades nuevas de conducta: en esta fase se introducen diversas técnicas para modificar autoenunciaciones y conductas. Meichenbaum menciona, además de la terapia racional-emotiva (Ellis), entre otras, la desensibilización, el aprendizaje de modelos, el condicionamiento y el condicionamiento latente, es decir, el arsenal «clásico» de métodos de la terapia de la conducta, pero acoplado con autoinstrucciones modificadas (casi siempre positivas).

Como variante para un entrenamiento por medio de autoinstrucciones en el caso de niños hiperactivos, impulsivos, Meichenbaum (1979, pág. 439) propone someter la conducta motora de estos niños a control verbal, en tres etapas: primero, los dichos de otros (adultos, por regla general) guiarán la conducta del niño; después, él mismo regulará (y reforzará positivamente) sus planes y acciones hablándose en voz alta; y por último, el hablar en voz alta será sustituido por un «habla interior».

## 10.6 Terapia cognitiva

Como Meichenbaum, Aaron T. Beck considera que el individuo no reacciona tanto a las cosas mismas cuanto a las percepciones especiales que de ellas tiene y a las interpretaciones por las cuales dota a los objetos de significados especiales para después reaccionar afectivamente a estos. Un concepto importante en este sentido es el «patrimonio personal» cuyo núcleo está determinado por la autoimagen: aquella imagen que un ser humano tiene de sí mismo, de su personalidad, de su apariencia, de sus valores, metas, etc. En torno de esta autoimagen se agrupan las demás cosas que son importantes para él (p.ej., familia, amigos, propiedad, etc.). Cosas y sucesos son evaluados para averiguar si importan una restricción, una amenaza o un menoscabo a ese patrimonio. Lo que se percibe como un agregado al patrimonio personal despierta sentimientos positivos, p.ej., alegría; en cambio, la opinión de que algo pudiera ser restado de aquel conduce a reacciones y sentimientos negativos. Beck concibe entonces las emociones en relación con determinadas cogniciones, p.ej., el duelo como una reacción a la pérdida percibida de personas o bienes importantes, la angustia como una reacción a una amenaza o un peligro percibidos para el patrimonio personal, o la cólera y la agresión como una reacción a un daño directo conciente infligido a este.

Beck, conocido sobre todo por su trabajo terapéutico con depresivos, menciona para estos casos una «tríada cognitiva» de autoimagen negativa, interpretación negativa de las experiencias de la vida y visión nihilista del futuro. Buena parte del proceso de valoración transcurre, según Beck, en la forma de pensamientos automáticos, es decir, tales que el paciente por regla general no tiene conciencia de ellos. Ahora bien, las perturbaciones emocionales con frecuencia descansan en las llamadas «falacias», de las que Beck ha dilucidado cinco grupos principales:

1. *Personalización*: sucesos del mundo exterior son referidos a la persona propia sin justificación y de manera extrema, y así adquieren una importancia selectiva.
2. *Pensamiento polarizado*: es la tendencia a pensar según los extremos bueno/malo, nunca/siempre, etc. Lo que falta aquí, en consecuencia, es una posibilidad de diferenciación.
3. *Abstracción selectiva*: se aíslan ciertos aspectos de sucesos o de situaciones, se les atribuye un valor excesivo y, en detrimento de otros, se vuelven determinantes para el estado de la persona y sus acciones.
4. *Hipergeneralización*: algunos aspectos o vivencias son indebidamente generalizados en enunciados universales.
5. *Exageración*: alteraciones o sucesos mínimos se perciben de manera desfigurada y adquieren una importancia indebida.

Es meta esencial de la terapia sensibilizar al paciente para sus pensamientos automáticos y para las valoraciones y falacias autodestructivas que ellos traen consigo. Beck organiza el procedimiento terapéutico en cuatro fases, respecto de las cuales considera deseable, en vista de la pasividad del paciente depresivo, una intensa estructuración introducida por los terapeutas:

1. *Observación*: tras ser familiarizado con la idea de la terapia (según la cual los problemas se asocian en particular a «pensamientos automáticos» y valoraciones), el cliente aprende a observarse a sí mismo y a tomar nota de los pensamientos que le afloran de esa manera automática.
2. *Identificación*: sobre la base de este material provisto por el cliente, se analizan los diálogos internos y su tendencia autodestructiva en orden a la tríada antes mencionada.
3. *Revisión de hipótesis*: el paciente aprende a percibir de manera diferenciada las hipótesis acerca de sí mismo y de su ambiente que van implícitas en sus pensamientos automáticos, y a revisarlas en cuanto a su contenido de verdad. De este modo advierte que sus valoraciones y sus conclusiones no siempre son incuestionables, y discierne cada vez más diferenciadamente su aporte a la plasmación cognitiva de su mundo de vida.
4. *Entrenamiento en explicaciones alternativas*: en colaboración con el terapeuta, se elaboran estructuraciones cognitivas de alternativa y se las pone a prueba en situaciones reales. Se trata aquí de concepciones contrarias a los pensamientos automáticos.

En general se registran muchas semejanzas entre la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional-emocional de Ellis (cf. el capítulo 11).

## 10.7 Terapia multimodal (BASIC ID)

Hemos señalado ya varias veces que (sobre todo) los terapeutas cognitivos de la conducta, en su procedimiento concreto, suelen anar varias «técnicas», con prescindencia de sus fundamentos teóricos. Arnold A. Lazarus, quien -como ya dijimos- abogó vehementemente por un «eclecticismo técnico», designa con la sigla «BASIC ID» los diversos ámbitos en los que pueden aparecer problemas y que por eso el terapeuta debe considerar en la medida de lo posible: conducta (B-ehavior), sentimiento (A-ffect), sensación (S-ensation), representación (I-magery), pensamiento (C-ognition), el campo de las relaciones sociales (I-nterpersonal relations) y problemas en relación con drogas (D-rugs).

Lazarus parte de la comprobación de que muy rara vez está perturbado un ámbito solo, y por lo tanto el terapeuta tiene que tomar en cuenta de continuo todos los aspectos. Con arreglo a esta concepción, se elabora para cada paciente un perfil de los ámbitos de sus perturbaciones, y los diversos problemas se atacan por medio de técnicas cualesquiera; lo que importa

es que estas sean promisorias. Un problema de esta estrategia de orientación práctica, a la que Lazarus (1973) ha dado el nombre de «terapia multimodal», es sin duda que resulta muy difícil controlar lo «promisorio» de las técnicas: el propio Lazarus es un terapeuta de éxito, pero estas combinaciones -casi arbitrarias- de técnicas terapéuticas son apenas susceptibles de enseñanza: la terapia pasa a ser más arte que ciencia aplicada. Esto puede ser enteramente ventajoso para el paciente (como en el caso del propio Lazarus) pero, en el marco de programas de formación numerosos, en que resultaría espinoso distinguir entre el «artista» y el «chapucero», esa ventaja es por lo menos discutible. (Lo cual no arroja dudas sobre la necesidad de elaborar bases teóricas que permitan combinar «técnicas» logradas.)

## 11. Terapia racional-emotiva (Ellis)

La terapia racional-emotiva fue elaborada por Albert Ellis (nacido en 1913) desde la década de 1950, y en 1956 fue presentada por primera vez ante la reunión anual de la Asociación Psicológica Norteamericana (en ese momento todavía con el título de «terapia racional»). Esta variedad de terapia atiende sobre todo a cogniciones disfuncionales (valoraciones, conclusiones, ideas, etc.; véase infra) de los pacientes (en la forma de «sistemas de creencias») y a su importancia para el deterioro del bienestar psíquico o para la explicación de perturbaciones de la conducta. Por esta razón la terapia racional-emotiva se suele incluir entre las terapias cognitivas de la conducta; pero el propio Ellis se ha negado siempre a aceptar la subsumición, por grande que sea la semejanza entre su propuesta y las concepciones de la terapia de la conducta. Con respecto a la cronología, la terapia racional-emotiva se desarrolló de manera paralela a las terapias de la conducta en la década de 1950 (a diferencia de las «otras» terapias cognitivas de la conducta, que aparecieron sólo a fines de la década de 1960 y en la de 1970, sobre la base de concepciones de terapia de la conducta ya existentes).

Las bases teóricas de la terapia racional-emotiva son objeto de diversa valoración; así, Ellis (1979a, pág. 39) opina que ella «dispone de una teoría muy diferenciada y practicable», mientras que otros autores se muestran más bien reservados en este punto (p.ej., Von Quekelberghe, 1979). Y no en vano escribe L. Wachinger, en el «Prólogo» a la edición alemana de La terapia racional-emotiva de Albert Ellis (1977, pág. 7): «Tal vez muchos encuentren superficial el abordaje racional de Albert Ellis ("profundidad alemana" contra "optimismo norteamericano de la racionalidad y la técnica"), pero no se debe olvidar el gran aliciente que representa para los enfermos y sus terapeutas». Además, el núcleo teórico -el diálogo interior y la importancia de las representaciones simbólicas, cognitivas, de situaciones y sucesos para la percepción, la conciencia y la conducta había sido elaborado con mucho mayor fundamento y de manera más abarcadora, p.ej., por George Herbert Mead, más de veinte años antes. Ideas afines en el campo de la psicoterapia se encuentran ya a comienzos del siglo XX en Paul Dubois (1907) o en Alfred Adler (cf. el capítulo 3), entre otros autores.

El mérito de Ellis consistió más bien en haber elaborado una terapia eficaz y pragmática como alternativa del psicoanálisis, pero sin caer en el marcado dogmatismo conductista de la temprana terapia de la conducta como la concibieron Wolpe, Eysenck y Skinner. Parece haber anticipado en más de una década las posteriores ampliaciones y modificaciones cognitivas de aquellos abordajes. La capacidad de Ellis para exponer los aspectos esenciales de la terapia racional-emotiva en unas pocas consignas bien logradas, evidentes sobre la base de la experiencia cotidiana aun para terapeutas con escaso interés por la teoría o para pacientes que por lo común no tienen preparación psicológica, hizo que, tras una resistencia inicial, aquella se difundiera con rapidez en las décadas de 1960 y 1970. También en Alemania la terapia racional-emotiva es una de las variedades terapéuticas más difundidas, junto con el psicoanálisis, la psicoterapia del diálogo, las terapias de la conducta y la terapia gestáltica.

### 11.1 Albert Ellis y el desarrollo de la terapia racional-emotiva

El desarrollo de la terapia racional-emotiva guarda estrecha relación con la biografía de Ellis: sus padres eran inmigrantes judíos en Nueva York; se divorciaron cuando él tenía doce años. En la década de 1930 se dedicó a los negocios pero en su tiempo libre escribía poesías, cuentos, novelas y piezas de teatro. El mismo refiere que soñaba con llegar a ser un escritor famoso pero que no encontró editor para sus manuscritos. (Tal vez esto explique en parte que haya sido después un autor tan prolífico en el campo de la psicología, sobre todo en el de la terapia racional-emotiva: más o menos quinientos artículos y cuarenta libros.) No antes de los treinta años empezó a estudiar psicología; trabajó primero en el campo del asesoramiento.

A fines de la década de 1940 completó una formación psicoanalítica con un análisis didáctico de tres años. Pero ejerció muy poco tiempo como analista, y es evidente que no tuvo mayor éxito, según se deduce de sus escritos posteriores y de su polémica contra el psicoanálisis. Ya a comienzos de la década de 1950 se volcó a los abordajes neofreudianos y de terapia de la conducta. A partir de su crítica del psicoanálisis (cf., entre otros trabajos, Ellis, 1950) y de la reflexión sobre su experiencia personal con pacientes, elaboró poco a poco la idea de una variedad de terapia fuertemente directiva, basada en un debate racional. La denominó al comienzo «terapia racional». Sólo como reacción a las objeciones de psicólogos de orientación psicodinámica en el sentido de que privilegiaba los aspectos cognitivos y descuidaba la vida emocional de los pacientes, eligió, a comienzos de la década de 1960, la denominación de «terapia racional-emotiva» y dio más relieve en sus escritos a los procesos emocionales.

Aparte de eso, su concepción de la «terapia racional» había tropezado con la crítica y el rechazo desde los primeros años: «Cuando la expuso por primera vez en 1956 ante la reunión anual de la Asociación Psicológica Norteamericana, rogerianos, terapeutas gestálticos y psicoanalistas estuvieron de acuerdo: estimaron que su técnica era demasiado elemental y opinaron que no daría resultados» (Schorr, 1984, pág. 144). Hans-Jürgen Eysenck (que se sintió aliado de Ellis en su vehemente crítica del psicoanálisis) fue uno de los primeros en alentarla con fuerza e incluyó en manuales artículos de aquel de 1960 y de 1964.

En 1962, Ellis, con *Razón y emoción en psicoterapia*, publicaba su primera obra importante sobre la terapia racional-emotiva (edición en lengua alemana, 1977); la segunda fue *EL crecimiento a través de la razón* (1971). En 1977, Ellis y Grieger pudieron encabezar su manual sobre esta variedad terapéutica con las palabras «La terapia racional-emotiva ha sido fundada. Se puede afirmar sin lugar a dudas que se ha establecido como una de las principales variedades de terapia». Ya mencionamos el hecho de que también en los países de habla alemana tuvo amplia difusión, aunque no sin recibir críticas (p.ej., Eschenröder, 1977; Kessler y Hoellen, 1982, o Rückert, 1982; para el examen crítico, Beule, Eichhardt, Kleiber y Offe, 1978; Braunert, 1980, o Von Quekelberghe, 1979).

Es indudable que la terapia racional-emotiva representa un importante enriquecimiento del espectro terapéutico aunque haya que relativizar la declaración de Ellis de que «el noventa por ciento de los pacientes tratados con terapia racional-emotiva manifiestan tras diez o más sesiones una mejoría evidente o digna de nota» (Ellis, 1977, pág. 42). Ese enriquecimiento, ya lo hemos dicho, es práctico-metódico, y no tanto teórico (las referencias bibliográficas que incluye al final de sus artículos no raras veces se presentan como un amontonamiento no estructurado de veinte o más nombres para una sola frase del texto; y en las «confrontaciones» con otras variedades terapéuticas, estas, en el mejor de los casos, se presentan como caricaturas para las cuales no se aducen conocimientos bien fundados). Poco loable es también una masiva polémica contra otras variedades de terapia, que recorre su obra (y que no está ausente en unas cintas grabadas de conferencias que han llegado a mi conocimiento). Así, califica a «los métodos de psicoterapia [ . . . ] más emocionales», globalmente, de «gasto de tiempo más o menos inconducente» (Ellis, 1977, pág. 41); acerca de Rogers (cf. el capítulo 14), opina que «la técnica ha sido experimentada como satisfactoria en grado inaudito por muchos pacientes (si bien no de los más inteligentes. . . ), pero para producir cambios en la conducta se ha revelado por completo infecunda» (*ibid.*, pág. 190); divulga prejuicios difamatorios: «lo que los reichianos [ . . . ] parecen pasar por alto es el hecho de que cuando se manipula físicamente a un paciente, sobre todo en el terreno sexual [ . . . ]» (*ibid.*, pág. 192); o: «¿Cómo explica -pregunté al paciente- que todos esos terribles complejos freudianos que usted me pone sobre la mesa no le hayan embarullado su vida sexual hace ya mucho tiempo? Y en cambio, lo que usted viene cultivando en los últimos años son las verdaderas majaderías reichianas» (*ibid.*, pág. 125). Pero en lo que se refiere a la terapia racional-emotiva y a su persona, Ellis se muestra un poco menos crítico, p.ej., cuando comprueba que «los psicoterapeutas (y poco después el vasto público) empezaron a ver enseguida en mí a uno de los verdaderos pioneros en los campos de la terapia cognitiva y de la terapia conductiva» (Ellis, 1979, pág. 3).

La eficacia de la terapia racional-emotiva ha sido confirmada en gran cantidad de investigaciones, p.ej., en casos de miedo a los tests, a hablar, de tartamudez, de angustia social, etc. (un panorama de estas investigaciones sobre eficacia se puede consultar en DiGiuseppe y Miller, 1979). Esto justifica, con prescindencia de las objeciones que mencionamos antes, el valor adjudicado a este abordaje. Pero cuando Ellis, p.ej., en el volumen de compilación sobre *Neue Formen der Psychotherapie [Nuevas formas de la psicoterapia]*, de la serie «psicología hoy» (1980), es clasificado como «psicólogo humanista», hay que poner esto bajo caución en vista del desprecio con que se expresa hacia los abordajes de la psicología humanista y sus representantes, aunque él mismo señale que «variedades terapéuticas eficaces que ponen el acento en la capacidad del ser humano para controlar sus sentimientos, son los métodos más humanistas, más dignos del te o más nombres para una sola frase del texto; y en las «confrontaciones» con otras variedades terapéuticas, estas, en el mejor de los casos, se presentan como caricaturas para las cuales no se aducen conocimientos bien fundados). Poco loable es también una masiva polémica contra otras variedades de terapia, que recorre su obra (y que no está ausente en unas cintas grabadas

de conferencias que han llegado a mi conocimiento). Así, califica a «los métodos de psicoterapia [ . . . ] más emocionales», globalmente, de «gasto de tiempo más o menos inconducente» (Ellis, 1977, pág. 41); acerca de Rogers (cf. el capítulo 14), opina que «la técnica ha sido experimentada como satisfactoria en grado inaudito por muchos pacientes (si bien no de los más inteligentes. . . ), pero para producir cambios en la conducta se ha revelado por completo infecunda» (*ibid.*, pág. 190); divulga prejuicios difamatorios: «lo que los reichianos [ . . . ] parecen pasar por alto es el hecho de que cuando se manipula físicamente a un paciente, sobre todo en el terreno sexual [ . . . ]» (*ibid.*, pág. 192); o: «¿Cómo explica -pregunté al paciente- que todos esos terribles complejos freudianos que usted me pone sobre la mesa no le hayan embarullado su vida sexual hace ya mucho tiempo? Y en cambio, lo que usted viene cultivando en los últimos años son las verdaderas majaderías reichianas» (*ibid.*, pág. 125). Pero en lo que se refiere a la terapia racional-emotiva y a su persona, Ellis se muestra un poco menos crítico, p.ej., cuando comprueba que «los psicoterapeutas (y poco después el vasto público) empezaron a ver enseguida en mí a uno de los verdaderos pioneros en los campos de la terapia cognitiva y de la terapia cognitiva de la conducta» (Ellis, 1979, pág. 3).

La eficacia de la terapia racional-emotiva ha sido confirmada en gran cantidad de investigaciones, p.ej., en casos de miedo a los tests, a hablar, de tartamudez, de angustia social, etc. (un panorama de estas investigaciones sobre eficacia se puede consultar en DiGiuseppe y Miller, 1979). Esto justifica, con prescindencia de las objeciones que mencionamos antes, el valor adjudicado a este abordaje. Pero cuando Ellis, p.ej., en el volumen de compilación sobre *Neue Formen der Psychotherapie [Nuevas formas de la psicoterapia]*, de la serie «psicología hoy» (1980), es clasificado como «psicólogo humanista», hay que poner esto bajo caución en vista del desprecio con que se expresa hacia los abordajes de la psicología humanista y sus representantes, aunque él mismo señale que «variedades terapéuticas eficaces que ponen el acento en la capacidad del ser humano para controlar sus sentimientos, son los métodos más humanistas, más dignos del alguien reaccione con alivio y se diga «mejor desaprobado que con una mala nota en la libreta de calificaciones; así puedo repetir la prueba y tengo la posibilidad de sacarme una buena nota». Es evidente, entonces, que depresión, ideas suicidas, etc., en manera alguna son la única consecuencia directa del suceso «fracaso». Son más bien las valoraciones las que ligan este suceso con aquellas consecuencias.

Según el esquema «A-B-C» de la terapia racional-emotiva, una persona vivencia oportunamente después de A (*activating event*), o sea, después de una experiencia o de un suceso activadores (en este caso: no aprobar el examen), determinadas C (*consequences*), o sea, consecuencias emocionales o de conducta (en este caso, p.ej., depresión). En contra del falso supuesto «A-C», o sea que A es la causa de C, la secuencia correcta es «A-B-C», donde B es el sistema de creencias (*belief system*). Los sucesos del mundo exterior hacen por cierto su aporte (las más de las veces) a los sentimientos y a las conductas, pero no son su causa directa.

En el ejemplo mencionado, B podría consistir en que el estudiante dijera: «Quería aprobar este examen. Tendría que haberlo logrado a toda costa. Que haya desaprobado es una catástrofe absoluta y soy un fracasado. No lo puedo soportar; será mejor que me mate». En un caso así, B es mucho más importante que A, como se pone de manifiesto si imaginamos una variante en la que el estudiante pasó con brillo su examen, pero esta A' no trajo por consecuencia necesaria impedir una B' semejante a la del caso anterior: «Y bueno, otra vez he tenido suerte con el examen. Pero en los que siguen quizá me vaya mal, cuando debería aprobarlos a toda costa. Entonces seré un fracasado, y no lo podré soportar. Me tendré que matar». Estos pensamientos pueden conducir a las mismas depresiones y tendencias suicidas que en el ejemplo originario, si bien ahora en el sentido de «una profecía que crea las condiciones de su propio cumplimiento», a saber, que el estudiante se paralice al punto de que en efecto fracase en el examen siguiente; tendríamos entonces «B-C-A» como serie de «creencias irracionales» (Bi).

Desde luego que aun mediando creencias «racionales» (Br) pueden sobrevenir sucesos ingratos: el fracaso en un examen es por regla general desagradable. Pero lo que convierte lo «desagradable» en una «catástrofe» insoportable son justamente las Bi, que casi siempre se pueden formular como enunciados «tengo que» (must); por eso Ellis habla de «ideologías must-turbatorias», y caracteriza así a las tres principales (Ellis, 1979, pág. 12):

a. Tengo que desenvolverme bien y obtener el reconocimiento de mis logros; de lo contrario seré un sujeto carente de valor.

6. Los demás me tienen que tratar de manera considerada y amistosa, tal como me gustaría que lo hicieran; si no obran así, la sociedad y el mundo entero deberán ser censurados con la mayor severidad, condenados y castigados a causa de su desconsideración.

c. Mis condiciones de vida tienen que ser tales que yo consiga prácticamente todo lo que quiero de manera cómoda, rápida, sin esfuerzo alguno y sin que me vea confrontado con nada que yo no quiera.

En muchos pasajes, Ellis ha detallado estas tres ideologías must-turbatorias principales en la forma de «pensamientos (o ideas) irracionales» centrales. En cuanto a su génesis, supone una «predisposición genética» (que es de lo más dudosa puesto que no precisó las condiciones que permitirían comprobarla) y, además, adoctrinamientos tempranos de los padres, la familia y la sociedad. Estos adoctrinamientos se conjugan después, llegado el caso, con las ideas irracionales del ambiente.

Pero mucho más importante es que el individuo se readoctrina permanentemente a sí mismo. Aquello ante lo cual alguien tiene, p.ej., angustia, no son las cosas como tales sino las valoraciones; por lo tanto, estas pueden servir fácilmente como refuerzo de la conducta: el ser humano reacciona entonces a sus propias valoraciones como si estas fueran propiedades de los objetos/ sucesos, y estas mismas reacciones se consideran después como pruebas/refuerzos de la corrección de las valoraciones (o sea, de las ideas irracionales). Si alguien, p.ej., ha sido adoctrinado para tener angustia

ante los perros (Bi), cada vez que se encuentre con un perro (A), sentirá angustia (C), y esto se aplicará como confirmación de lo acertado de la Bi. Subjetivamente, A será considerada causa de C: «Es terrible encontrarse con un perro, porque eso siempre me produce angustia. Los perros causan en consecuencia angustia, y lo correcto es tenerles miedo».

Las siguientes «ideas irracionales, que son causa y sustento de perturbaciones emocionales» (así reza el epígrafe) están tomadas de Ellis, 1970:

1. La idea de que un adulto tiene que ser apreciado absolutamente en todas sus acciones, en lugar de concentrarse él en su autorrespeto, en obtener reconocimiento con fines prácticos y en amar en lugar de ser amado.

2. La idea de que ciertas acciones son terribles o malas, y que las personas que las producen debieran recibir un riguroso castigo, en lugar de la idea de que ciertas acciones son inadecuadas o antisociales, y que las personas que las producen son estúpidas, ignorantes, se conducen neuróticamente y lo mejor sería ayudarlas a cambiar.

3. La idea de que es horrible que las cosas no sean como a uno le gustaría, en lugar de la idea de que es lástima que ocurra de esa manera, y que lo mejor es tratar de modificar o de controlar las condiciones de tal suerte que se vuelvan más satisfactorias y, si esto no es posible, aceptar temporariamente su existencia.

4. La idea de que la miseria humana es causada desde afuera y nos es impuesta por personas o sucesos, en lugar de la idea de que las perturbaciones emocionales son causadas por la visión que el individuo tiene de las circunstancias.

5. La idea de que uno se irritará terriblemente si se presenta o amenaza algo peligroso o temible, en lugar de la idea de que es mejor hacerle frente y volverlo inofensivo y, si esto no es posible, aceptar lo inevitable.

6. La idea de que es más simple evitar que afrontar las obligaciones y las dificultades de la vida, en lugar de la idea de que el camino que pretende ser simple es a la larga el más difícil.

7. La idea de que uno necesita algo más fuerte o más grande que uno mismo, en lo cual confiar, en lugar de la idea de que lo mejor es asumir los riesgos de pensar y actuar con independencia.

8. La idea de que uno debe ser en todos los terrenos posibles en extremo competente, inteligente y obtener logros, en lugar de la idea de que mejor sería hacer las cosas bien que tener que enmendar lo hecho, y aceptarse como un ser enteramente imperfecto que tiene límites como todos los hombres y, además, sus propias flaquezas.

9. La idea de que algo influirá irrestrictamente sobre la vida porque antes tuvo mucho influjo, en lugar de la idea de que uno puede aprender de sus experiencias anteriores sin quedar adherido a ellas ni resultar dañado.

10. La idea de que es preciso ejercer controles seguros y perfectos sobre las cosas, en **lugar de la idea de que el mundo** está habitado por la probabilidad y el azar, y de que a pesar de ello es posible gozar de la vida.

11. La idea de que la felicidad se puede alcanzar por medio de la pereza y la inactividad, en lugar de la idea de que los hombres son más felices cuando se entregan por entero a fines creadores o cuando se dedican a otros hombres y proyectos.

12. La idea de que uno no gobierna sus propios sentimientos y de que no puede hacer nada para sentir determinadas cosas, en lugar de la idea de que uno tiene un enorme gobierno sobre los sentimientos destructivos si se decide a modificar las hipótesis ciegas y anticientíficas sobre cuya base produce esos sentimientos destructivos.

### 11.3 El proceso terapéutico

Los dos pasos más importantes de la terapia consisten en la prolongación del A-B-C en D (*disputation*, debate), a fin de que se pueda establecer con el paciente un «diálogo socrático» sobre sus Bi, sus ideas irracionales centrales, y poner en descubierto el influjo destructor que ejercen sobre C (en ocasiones, también sobre A; véase *supra*). En el caso positivo, a esto sigue E: el efecto cognitivo y conductual. Este efecto en el paciente consiste en una «reorientación filosófica» de su sistema de creencias, pero también en la modificación de su manera de extraer conclusiones, de reunir información, etc. Ellis señala que en este A-B-C-D-E no se trata de combatir los síntomas sino de alcanzar una radical reestructuración cognitiva: no de sentirse mejor (*feeling better*) sino de conseguirlo mejor (*getting better*).

Es evidente que para ello se deben descubrir y analizar primeramente los esquemas A-B-C específicos del paciente. Porque a los pacientes mismos, como lo apuntamos antes, le son notorios por lo común sólo los nexos A-C. Esto se complica aún más por el hecho de que a menudo se presentan problemas secundarios en los que C se convierte en A para una nueva cadena, p.ej.:

1. A: Un estudiante tiene que escribir un informe  
B: «Tengo que hacerlo a toda costa, de lo contrario seré un fracaso»  
«Nunca encuentro la manera de empezar»  
«Ya la primera frase o el primer esbozo tienen que ser perfectos»  
C: Evitación del trabajo, inquietud, falta de concentración
2. A: Un estudiante repara en C como síntoma  
B: «Tengo que concentrarme bien»

«Es espantosa la manera en que evito el trabajo» «El que no puede trabajar con empeño no produce nada, debería abandonar sus estudios y es un fracasado»

C: Desesperación, parálisis en el trabajo, depresión

En estos casos es atinado empezar por el A-B-C del problema secundario porque es el más accesible para el paciente.

En esta variedad de terapia, el trabajo dirige sus primeros pasos a familiarizar al paciente con la «filosofía» de la terapia racional-emotiva; es decir, se lo instruye en particular sobre el «A-B-C», y no se desdeña remitirlo a publicaciones disponibles (p.ej., Diekstra, 1979). La finalidad es procurar al paciente un conocimiento teórico sobre el origen y el sustento de las neurosis, e introducirlo en el esquema conceptual de la terapia racional-emotiva, al cual después el terapeuta, durante el debate, se pueda referir.

En el contexto así definido, Ellis sostiene que el abordaje racional-emotivo es de naturaleza didáctica, y que a su juicio la relación terapeuta-cliente es una relación maestro-discípulo. El terapeuta enseña a sus pacientes «muchas cosas que de igual modo les habría podido comunicar un buen profesor de psicología, con la salvedad de que los contenidos de la enseñanza se orientan por entero a la persona del cliente y se valen de los hechos de su vida cotidiana» (Ellis, 1979, pág. 162).

El abordaje de los esquemas A-B-C concretos del paciente comienza, como ocurre con la anamnesis en muchas variedades de terapia de la conducta, por A. Las situaciones en que los problemas se presentan se elucidan con precisión porque, junto a B, A supone premisas importantes para las conclusiones de C. Ellis señala que a menudo ya A se percibe de manera irrealista y desfigurada: si alguien informa observar siempre que la gente lo rechaza, que parece tener determinadas expectativas acerca de él, etc., en A se cuelan ya valoraciones (esto muestra que no deja de resultar problemático entender el «A-B-C» como una secuencia; Ellis en varios pasajes habla incluso de «fases»: tanto más se podría hablar de una interdependencia). En el análisis de A, se ponen ya de manifiesto típicas pautas irracionales de pensamiento (como las que se expusieron en el capítulo anterior, a raíz de Beck), p.ej., pensamiento polarizado, hipergeneralizaciones, exageraciones, personalizaciones.

También C requiere, por regla general, esclarecimiento. Se trata de las consecuencias afectivas y de conducta, en la forma de prejuicios experimentados, con las que el paciente acude a la terapia. Pero muchos pacientes no pueden diferenciar entre pensamientos y sentimientos (este distingo es importante para la elucidación de B; véase *infra*). Se impone entonces un entrenamiento para la discriminación, en el que el cliente aprenda por una parte a distinguir cogniciones de emociones (cuya rígida separación en la terapia racional-emotiva ha sido objeto de críticas, cf. Coyne, 1982) y, por la otra, a vivir con más claridad, y especificar, los sentimientos singulares y sus cualidades (p.ej., no es raro que los depresivos confundan con tristeza lo que es enojo y furia). Con la diferenciación de los sentimientos, se habrán obtenido referencias sobre B: tal vez el enojo se entreme con «creencias» en el dominio justo/injusto, la angustia presuponga expectativas futuras respecto de A, y en cambio los sentimientos de culpa se produzcan únicamente en la consideración retrospectiva sobre A.

Tras estos esclarecimientos provisionales de algunos nexos A-C -si el cliente se queja de demasiados problemas, se escogen al comienzo sólo los más importantes-, se persiguen los indicios ya recogidos respecto de sus «sistemas de creencias». Para descubrir las irracionalidades cognitivas básicas, pueden servir de orientación aproximada las ya citadas «ideologías must-turbatorias» y las doce categorías principales de «ideas irracionales». Sin embargo, muchos autores advierten que no se debe confundir «la "docena escasa", a la que repetidamente se recurre, [ . . . ] con un sistema deslindado de cogniciones al alcance de la mano» ni creer que «estas, en la previa formulación que les ha dado Ellis, se deben meter en la cabeza del cliente» (Kessler, 1983, pág. 1113); y «la incapacidad del cliente, observada a menudo, para orientarse en los ítems de los cuestionarios sobre pensamiento irracional (cf., p.ej., Sutton-Simon, 1981) realiza la hipótesis de que los sistemas de creencias se deberían especificar de manera mucho más concreta e idiosincrática».

Por eso en cada terapia demanda un trabajo considerable traer a luz las creencias irracionales específicas. En este trabajo, además del «diálogo socrático», en que el paciente es llevado al convencimiento de la insensatez de sus creencias irracionales (véase *infra*), se pone a prueba además la destreza del terapeuta; señalemos aquí que estos dos procedimientos son poco susceptibles de planificación y de comunicación general; en definitiva, lo que vale es la experiencia y la capacidad de convencimiento de los terapeutas. Es preciso tener en cuenta que el descubrimiento de ideas irracionales y disfuncionales se lleva a cabo durante toda la terapia. Pero tanto para la práctica como para la teoría se debe lamentar que Ellis emplee de manera tan difusa y cambiante un concepto tan central como el de «irracionalidad»: emplea «irracional» como sinónimo de «disfuncional», «desatinado», «irrealista», «mágico», etc.; Von Quekelberghe (1979, pág. 23) le critica: «el contenido semántico del concepto de irracionalidad utilizado por Ellis incluye desde el desatino, pasando por la contradicción lógica, hasta la mera insuficiencia de los medios elegidos», y señala además que Ellis incurre en una definición circular de la irracionalidad.

El último paso de la terapia, sin duda el más vasto, dentro del A-B-C, es el definido globalmente como «D»: «disputar, debatir, discriminar y definir» (Ellis, 1979, pág. 21). Una pieza nuclear es el ya citado «diálogo socrático», en que el terapeuta, por medio de obstinadas preguntas -sobre todo del tipo «¿por qué tiene que [must]. . . ?»-, «pone en cuestión», en el sentido literal, las ideologías must-turbatorias del paciente. En relación con esto, Ellis destaca en muchos de sus trabajos que se trata de la «extensión de los métodos de las ciencias naturales a los asuntos humanos», en aras de establecer la distinción «entre sentido y sin sentido, ficción y realidad, creencia y ciencia», etc. (Como muchos psicólogos, Ellis entiende por «ciencia natural» la imagen del mundo del siglo XIX, revisada hace ya mucho tiempo.) Si prescindimos de esta invocación de la realidad y de la ciencia, los que practican la terapia racional-emotiva introducen, además de «D», que venimos considerando, un amplio espectro de técnicas de intervención; las expondremos brevemente para concluir.

#### 11.4 Métodos de intervención en la terapia racional-emotiva

Si en la sección anterior expusimos la intervención terapéutica, con arreglo al modelo de A-B-C-D-E, más bien bajo el aspecto de las fases de un proceso (que por otra parte se superponen), el espectro de las técnicas de intervención de esta variedad de terapia -aplicadas sobre todo en «D»-se puede estructurar también según tres modalidades metódicas: Ellis mismo propuso una clasificación en aspectos «emotivos», «conductistas» y «cognitivos» (p.ej., 1979).

##### 11.4.1 Técnicas emotivas

Los métodos emotivos se emplean sobre todo en la terapia de grupos. Se invita al paciente a manifestar de manera directa sus sentimientos hacia miembros del grupo (p.ej., hostilidad, simpatía, etc.). Ellis emplea juegos de roles, relatos de historias, humor y expresiones de fuerza, para provocar determinadas reacciones emotivas. En la terapia de grupos maratón (en la que un grupo trabaja varios días sin interrupción), los participantes son animados para que se encuentren en un plano inmediato, se fuercen a permanecer en el «aquí y ahora», se muestren a ellos mismos y demuestren a los demás miembros reacciones emocionales y sensibles, y sean intransigentemente veraces, en particular con respecto a los sistemas de creencias que emplean cada vez que producen sentimientos negativos en ellos mismos y en los demás. Como en la vivencia catatímica de imágenes (Leuner, 1980, 1981), se emplean ejercicios de imaginación y de fantasía en que el paciente, en estado semi hipnótico, domina ciertas situaciones imaginadas (cf. Ellis y Harper, 1975). En *los «shame-attacking exercises»* (ejercicios para dominar la vergüenza), semejantes en esto al «*assertive-training*» (cf. el capítulo 9, 2), hay que dominar tareas socialmente desagradables y penosas, p.ej., detener en la calle a personas desconocidas y decirles algo muy personal, entrar mal vestido en un negocio de ropa elegante y probarse nuevas prendas, etc. (cf. Walen, DiGiuseppe y Wessler, 1980). De esta manera se toma conciencia de los propios sentimientos y sistemas de valor, e igualmente se hace la experiencia de que todo no va tan mal como se temía.

##### 11.4.2 Técnicas conductistas

Aquí se emplean, p.ej., refuerzos verbales y otros para promover las conductas deseadas y extinguir las indeseadas. En esto también el autorrefuerzo desempeña un papel esencial; la persona se consiente determinadas cosas gratas sólo si ha cumplido con las acciones que quiere promover. Una función muy importante tienen en la terapia racional-emotiva las tareas para el hogar, que se imparten prácticamente al final de la sesión; ellas consisten en acciones establecidas, que se deben cumplir en la vida ordinaria. Su contenido puede ser «conocer durante la semana a tres personas, visitar a la suegra regañona, en lugar de evitar los encuentros con ella» (Ellis), etc. Se trata de afrontar riesgos y de hacer nuevas experiencias. En los grupos, los pacientes son entrenados para desarrollar habilidades en el juego de roles, y se desensibilizan de sus angustias tematizándolas frente a los demás miembros.

##### 11.4.3 Técnicas cognitivas

Entre las técnicas cognitivas encontramos, junto al «debate» ya descrito, y a la información con ayuda de libros y de otros textos, el trabajo con determinadas imágenes mentales que el paciente debe representarse en situaciones críticas. De la misma manera se emplean «contra-adoctrinamientos», enunciados que el paciente se dice adrede a sí mismo: «Al catálogo usual de técnicas terapéuticas, como la exploración, el diálogo, la profundización y la interpretación, el terapeuta racional agrega los métodos más directos de la confrontación, la refutación, el contraadoctrinamiento y la reeducación» (Ellis, 1977, pág. 137).

En los grupos se discuten además cuestiones universales de ética, cosmovisión y filosofía, el A-B-C de la terapia racionalemotiva es recorrido una y otra vez, y se cuestionan las creencias irracionales típicas. Los pacientes reciben la tarea de prestar toda la atención posible, en su vida cotidiana, a las frases con las que ellos producen sus emociones negativas.

A pesar de (o tal vez a causa de) este amplio espectro de intervenciones de que se dispone en la terapia racional-emotiva, en definitiva no queda muy en claro la clase de experiencias que tiene que hacer un paciente para pasar del pensamiento irracional al racional (cf. Kessler y Hoellen, 1982). Así, Kessler (1984) expresa la crítica de que «evidentemente faltan modelos que expliquen la adopción de las cogniciones más adecuadas propuestas por los terapeutas» (*ibid.*, pág. 1114; el

autor remite también a Coyne, 1982, y a Mahoney, 1980), pero en resumen ofrece el juicio de que «la terapia racional-emotiva ha demostrado ser eficaz sobre todo en casos de angustia, en depresiones, problemas matrimoniales y sexuales y, cada vez más, en los achaques psicósomáticos».

## 12. Las raíces de las terapias humanistas

Junto al psicoanálisis y al conductismo (o a las teorías conductistas del aprendizaje), la «psicología humanista» se suele definir como «tercera corriente» o «tercera fuerza» en la psicología (sobre todo lo hacen sus partidarios). Cada una de estas tres corrientes ha producido una serie de diversos abordajes psicoterapéuticos. Mientras que las terapias de psicología profunda y de la conducta se elaboraron, por lo menos al comienzo, desde un edificio teórico relativamente homogéneo, el concepto «terapias humanistas» define un haz más laxo de variadísimos abordajes, reunidos no tanto por una teoría común cuanto por una imagen del hombre bastante homogénea, y concordancias básicas en los principios del trabajo terapéutico (esta misma tendencia a la heterogeneidad teórica, pero con homogeneidad paradigmática y metodológica, es característica también de la psicología humanista).

Esta heterogeneidad teórica se explica desde el punto de vista histórico ya por el hecho de que la psicología humanista nació como un movimiento que reunía abordajes distintos, desarrollados independientemente unos de otros, cuyos principales representantes -entre otros, Charlotte Buhler, Abraham Maslow, Carl Rogers- sólo en 1962 fundaron, en los Estados Unidos, la «Sociedad de Psicología Humanista». Para la creación de esta Sociedad, no fue uno de los motivos de menor peso el deseo de deslindarse de manera explícita de la concepción determinista, mecanicista, monocausal (al menos en su tendencia) del hombre, tuviera bases biológicas (psicoanálisis) o invocara el mecanismo de estímulo-reacción (conductismo). Aunque es cierto que precursores importantes de este movimiento fueron una serie de partidarios de la psicología profunda (o sea, psicoanalistas en el sentido lato del término), como Alfred Adler, Viktor Frankl, Erich Fromm, Karen Horney y Wilhelm Reich.

Entre las corrientes principales de las terapias humanistas se cuentan la terapia guesáltica de Fritz Perls (cf. el capítulo 13) y la psicoterapia del diálogo (o psicoterapia centrada en el cliente) de Carl Rogers (cf. el capítulo 14). El psicodrama de Jacob Moreno y la logoterapia de Viktor Frankl (cf. el capítulo 15) representan, para la clasificación aquí escogida, variantes particulares que no se incluyen de manera nítida en la categoría que hemos bosquejado, sea por la organización típica de la psicoterapia de grupos (psicodrama) o por la afinidad con abordajes de terapia de la conducta o de psicología profunda (logoterapia). Es frecuente incluir entre las terapias humanistas también la bioenergética (Lowen) y el análisis transaccional (Berne), pero en este libro las clasificamos entre los abordajes de psicología profunda y las tratamos ya en la Primera parte.

La psicología y la terapia humanistas se caracterizan por el empeño en producir una renovación de la psicología, donde «psicología» se entiende menos como término -o sea, como concepto teórico referido a una disciplina científica- que como topos -o sea, como guía para la acción-. Las raíces filosóficas se deben buscar sobre todo a) en el existencialismo (Martin Buber, Søren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Gabriel Marcel, Paul Tillich); b) en la fenomenología (Edmund Husserl, Max Scheler); c) en el humanismo clásico (Herder) y en el humanismo socialista (Karl Marx), así como, sobre todo en Europa, a modo de síntesis entre estas corrientes, y d) en el humanismo francés moderno que se desarrolló en el contexto fenomenológico y existencialista (por obra de Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, Albert Camus). Las raíces psicológicas llegan -si prescindimos de las concepciones de los «precursores» que ya hemos citado y de los aportes de Moreno (véase *infra*)- hasta la psicología de la *Gestalt* (Wolfgang Köhler, Kurt Koffka, Kurt Lewin, Max Wertheimer y Kurt Goldstein). Esbozaremos brevemente algunos aspectos de estas raíces y expondremos la imagen del hombre inspirada en ellas.

### 12.1 Las raíces filosóficas

El existencialismo, que se remonta al danés Søren Kierkegaard (1813-1855) y al alemán Friedrich Nietzsche (1844-1900) -en tanto que otros representantes alemanes son Karl Jaspers, Martin Heidegger, Ludwig Binswanger-, influyó en la psicología humanista sobre todo a través de Martin Buber. El existencialismo busca, más allá de valores absolutos, normas establecidas, roles y fachadas, al hombre «real» en su existencia genuina y «desnuda». Las preguntas por el ser y el sentido del mundo ya no se contemplan por referencia a respuestas absolutas (eternamente válidas) sino en la dimensión del tiempo, donde el ser humano tiene que cuestionarse una y otra vez en su soledad, su cuidado y su angustia, y se

encuentra siempre por el camino de su auto devenir. Es así puesta en duda la «esencia del hombre», que tradicionalmente se daba por supuesta, y que abría una dimensión «objetiva» de la existencia; en lugar de esto, el hombre sólo puede ser aprehendido «desde adentro», como ser autónomo, en su temporalidad y su finitud. El instante experimentado y vivido existencialmente cobra significación central; no lo que el hombre es sino aquello en lo cual se convierte cada vez en virtud de su obrar: esa es su esencia. Como dice Sartre, él está «condenado a la libertad», a ser y devenir, o no, él mismo. Pero esta responsabilidad y este espacio de decisión posibilitan simultáneamente la autonomía, la identidad y la dignidad del hombre.

Buber, enraizado como Kierkegaard en la certeza religiosa, destaca en este contexto, junto a la destinación del ser humano al mundo, la significación de la relación yo-tú en tanto «encuentro» sin finalidad, sin codicia, sin preconcepto. En un encuentro así, cada quien tiene la posibilidad de descubrirse hondamente a sí mismo sin ser manipulado en manera alguna por el otro; los compañeros son entonces, uno para el otro, catalizadores del crecimiento en libertad. «Intervenir en la vida de las cosas -dice Buber (1957, citado según Rogers, 1977)- significa infligirles daño e infligírselo a uno mismo [ . . . ] El hombre íntegro [ . . . ] no interviene en la vida de los seres, tampoco se les impone, sino que "ayuda a todas las cosas a alcanzar su libertad" (Laotsé)».

El humanismo se manifestó primero en el Renacimiento en oposición al dogmatismo de la Edad Media. Es (re)descubierto el «hombre nuevo» como individuo y en su singularidad; por imitación de las formas de vida de los griegos y los romanos, se glorifica al individuo que se autorrealiza, que se sitúa «más allá del bien y del mal» -como el «superhombre» de Nietzsche-. En los siglos XVIII y XIX, Herder y otros filósofos idealistas tomaron la educación civil y la formación humanista como el ideal para un desarrollo emancipatorio de los seres humanos. Pero en contra de esto, el humanismo socialista puso en cuestión, por obra de Karl Marx entre otros, la emancipación del individuo: «la humanidad verdadera sólo puede ser alcanzada por el empeño revolucionario de la clase obrera» (cf. Graumann, 1980, pág. 41). Por último, la fenomenología parte de la experiencia sensible del ser humano y tías la serie de los fenómenos busca su esencia auténtica. Partiendo de Hegel, Husserl busca fundar un objetivismo nuevo en la experiencia misma, por medio de una razón que es innata a la humanidad. Este abordaje es ampliado sustancialmente después por los humanistas fenomenólogos franceses. Así, Merleau-Ponty (1908-1961) contrapone a la teoría fenomenológica de la percepción una «filosofía del cuerpo» en pie de igualdad con aquella. Se toma como eje la relación hombre-mundo, el «ser para el mundo» (Merleau-Ponty), que es siempre intencional, o sea que el conocimiento y la conducta del hombre responden a una intencionalidad conciente, se refieren a un mundo que desde siempre está estructurado por el hombre y es modificado por él (en este punto se atribuye al trabajo una dignidad particular), con lo cual adquiere valor y sentido. La ya citada concepción de Sartre, «el hombre está condenado a la libertad», se convierte con Merleau-Ponty en «el hombre está condenado al sentido» (cf. la «logoterapia» de Viktor Frankl, en el capítulo 15); esto supone una nítida oposición al humanismo clásico, que veía al hombre determinado desde adentro, por los rasgos de su personalidad, y dejaba en un segundo plano al mundo, pero también una oposición con el humanismo socialista, para el cual el mundo y las relaciones sociales (sobre todo las materiales) eran lo determinante. El humanismo en Merleau-Ponty (pero también en Sartre y en Camus) constituye una práctica cotidiana concreta de humanización, no una meta determinada o un posible estado final.

Mientras que en el grupo que rodeó a Karen Horney se tomaron en cuenta desde muy temprano aspectos de psicología social y se puso el acento en la circunstancia social, y mientras que en Europa la psicología humanista adoptó en buena medida la posición de Merleau-Ponty (p.ej., lo hace de manera explícita Hilarion Petzold), Graumann (1980) apunta con certera intención crítica que, sobre todo en la costa Oeste de los Estados Unidos, prevaleció una psicología humanista entendida de acuerdo con el ya mencionado humanismo idealista clásico. «Ahora bien, "la naturaleza humana" -y este es, a mi juicio, el núcleo de la confusión conceptual de la psicología humanista- no permanece escondida en el interior de una personalidad entendida de manera individualista a la espera de "desarrollarse" o "realizarse"» (Graumann, 1980, pág. 48). Y en realidad, cierta «despreocupación humanista» que se observa algunas veces en esta «tercera fuerza» es inhumana en grado sumo: cuando criaturas satisfechas de la sociedad de bienestar proclaman con un pathos irreflexivo la libertad del individuo autónomo, singular, sano, que se realiza a sí mismo, sin advertir la dimensión social de este mundo nuestro que incluye la penuria y el hambre; no es raro que miren a los hombres «menos desarrollados» desde una perspectiva de arrogante complacencia. Pero estos fenómenos marginales no se deben considerar el núcleo del movimiento humanista, que en lo esencial contempla el condicionamiento recíproco del desarrollo individual y social, y ve la «autonomía» en la perspectiva de la responsabilidad social.

## 12.2 Las raíces en la psicología de la Gestalt

La psicología de la *Gestalt* ejerció considerable influjo sobre las ideas de la psicología humanista. En oposición a «la psicología de los elementos», que parte de la premisa de que los fenómenos psíquicos se componen de elementos singulares (que se pueden investigar por separado), la psicología de la *Gestalt* sostiene que en la percepción, en el pensamiento, en las acciones voluntarias y en las series de movimientos se abre paso una organización total que responde a leyes generales de la forma (*Gestalt*) y a orientaciones dinámicas. Las formas son trasponibles (p.ej., una melodía puede ser ejecutada en una escala diferente, por otro instrumento, con otro ritmo, etc.), y se recortan sobre un fondo como totalidades

tendencialmente cerradas, estructuradas en sí mismas. Además de las conocidas leyes del «contraste», de la «buena forma», de las «líneas ortogonales», de la «homogeneidad», se han expuesto en total más de cien leyes de la forma (cf., p.ej., Metzger, 1954 y 1968).

Entre los fundadores de la revista *Psychologische Forschung*, en la que se publicaron los trabajos más importantes de la psicología de la *Gestalt* y tuvieron participación rectora psicólogos guesálticos de la «Escuela de Berlín», tales como Max Wertheimer (1880-1943), Wolfgang Köhler (1887-1967) y Kurt Koffka (1887-1941), estuvo también Kurt Goldstein (1878-1966), quien en su condición de profesor de neurofisiología y psiquiatría en Francfort llegó a ser jefe de clínica de Fritz Perls (véase el capítulo 13); Goldstein extrajo nociones de la psicología de la *Gestalt* del contexto de la psicología de la percepción para trasladarlas al dominio de la psicoterapia.

Kurt Goldstein demostró que las leyes de la forma no eran válidas sólo en el dominio de la percepción ni se restringían a los fenómenos fisiológicos únicamente, sino que tenían validez para el organismo como un todo. Destacó la unidad del organismo y su capacidad de autorregulación en tanto demostró, p.ej., que la ausencia funcional de una parte del cuerpo es compensada por una reorganización total de las partes restantes. (Si se arrancan a un escarabajo dos o más de sus seis patas, las restantes se organizarán espontáneamente para una manera distinta de marcha.) Esta «tendencia a la conducta ordenada» le permitió explicar por qué un organismo puede en muchos casos seguir existiendo aunque haya sufrido lesiones considerables. Sobre la base de abundantes experiencias hechas con soldados que habían sufrido lesión cerebral en la Primera Guerra Mundial, Goldstein destacó las tendencias a la autorregulación y a la auto actualización, e insistió -en coincidencia con Köhler- en la fundamental interdependencia de fenómenos psíquicos y somáticos.

En época más reciente, Wolfgang Metzger (1899-1982) -uno de los últimos psicólogos guesálticos de la escuela de Berlín (véase *supra*)- y Hans-Jürgen Walter han ofrecido una evaluación detallada del aporte de la teoría guesáltica a la psicoterapia. Hemos tomado de Walter (1977, págs. 147-52), reproduciéndola sólo en parte, la siguiente síntesis comentada de los enunciados de Metzger (según Metzger, 1962), respecto de «seis rasgos distintivos del "trabajo sobre lo viviente"». Estos «rasgos distintivos» pueden ser comprendidos plenamente como máximas para la acción de los psicoterapeutas humanistas.

#### 1. La Gestalt no es arbitraria

A lo vivo no se le puede «forzar a la larga contra su propia naturaleza»; «sólo es posible hacer que se despliegue aquello que ya existía en el "material" mismo como posibilidad».

#### 2. Las fuerzas configuradoras son interiores

«Las fuerzas e impulsiones que realizan la *Gestalt* anhelada tienen su origen esencialmente en el mismo ser del asesorado. El asesor, para obrar según su deseo, se ve limitado a establecer y modificar condiciones periféricas de esas fuerzas interiores a fin de gobernarlas, fortalecerlas o debilitarlas, facilitar o inhibir su eficacia en general o en aspectos determinados. En el dominio de lo vivo, sólo serán duraderas las *Gestalten* que se formen por el despliegue de fuerzas interiores, sustentadas y restablecidas por estas».

#### 3. Los momentos del trabajo no son arbitrarios

«El ser vivo no puede esperar a que otros lo cuiden en un momento determinado [ . . . ] Ante todo tiene sus tiempos e instantes fecundos, en los que es accesible a determinadas modalidades de influjo, de guía o de confirmación [ . . . ] El proceso de formación no cesa en el momento en que me despido del asesorado [ . . . ] prosigue después».

#### 4. La velocidad del trabajo no es arbitraria

Procesos de crecimiento, de maduración, de curación tienen su ritmo propio y no pueden ser apresurados.

#### 5. Es preciso tolerar los rodeos

«Quien se dedique al cuidado, crianza y educación de seres vivos tiene que conformarse con los rodeos allí donde están previstos por el plan de la creación en el desarrollo de cada ser».

#### 6. El proceso es recíproco

«El proceso del cuidado [ . . . ] es recíproco. En el caso típico es un trato con un "compañero en la vida" [ . . . ] Por eso, en rigor, sólo es posible amar a un ser vivo y ser amado por él, u odiarlo y ser odiado por él».

Walter enumera seis perspectivas más que el terapeuta debe tener en cuenta en su trabajo. Tres provienen de la teoría del campo de Kurt Lewin, y no las podemos incluir en estas páginas. Las restantes consisten en las tres variables terapéuticas básicas según Carl Rogers (cf. el capítulo 14). Pero justamente los mencionados «rasgos distintivos» de Metzger dejan en claro la facilidad con que raíces de la filosofía (humanismo) y de la psicología de la *Gestalt* pueden ser reunidas en un solo «haz» (con muchas ramas) de «psicología humanista».

### 12.3 La imagen del hombre de la psicología humanista

Importancia decisiva para el desarrollo de la corriente de la terapia humanista y la imagen del hombre que la sustenta ha tenido la obra de Iacov Levy Moreno (1889-1974). Es notable que Moreno, psiquiatra (y filósofo) que trabajó en Viena, no sufriera la influencia de Freud, pero en cambio ejerciera un influjo muy fuerte sobre muchos discípulos de aquel. Rechazó

el encuadre psicoanalítico según lo concebía Freud (el terapeuta sentado detrás del paciente acostado en el diván). En lugar de ello, elaboró una psicoterapia de grupos en la que conflictos psíquicos e interhumanos se representaban y actuaban en escenas creadoras, teatrales: el «psicodrama». Junto con Alfred Adler y el poeta Franz Werfel, entre otros, fundó en 1917 la «Compañía editora Viena/Praga/Leipzig», y editó entre 1918 y 1921 las revistas expresionistas *Daimon*, *Neuer Daimon* y *Die Geführten*, en las que colaboraron también Martin Buber (véase *supra*) y Ernst Bloch. Ya en 1915, en su escrito «Invitación a un encuentro», tematizó el núcleo de la «psicología humanista», o sea, el encuentro entre seres humanos. Con su insistencia: en el «aquí y ahora», el trabajo centrado en el cuerpo, y sus ideas sobre el intercambio de roles, la «silla vacía», etc., anticipó elementos esenciales que en las variedades de la terapia humanista habrían de desempeñar un papel importante (sobre todo en Fritz Perls, que aprendió «psicodrama» con Moreno, de quien tomó muchos préstamos para su «terapia gestáltica»; cf. el capítulo 13). Sin embargo, es frecuente que se menosprecie a Moreno: si Petzold (198%) lo caracteriza certeramente como «el decano y el más importante iniciador» de la terapia humanista, Neel, en *Handbuch der psychologischen Theorien* (1974, edición original en inglés, 1969) ni siquiera lo incluye en el índice de nombres, aunque dedica a Kurt Lewin y su teoría del campo, influidos por Moreno, todo un capítulo, sin considerar tampoco que muchos discípulos de Lewin lo fueron además de Moreno.

Después que hemos mencionado ya en varios pasajes algunos aspectos básicos de la imagen del hombre de la psicología humanista, expondremos ahora, siguiendo a V81ker, y agrupadas en cuatro puntos, sus ideas básicas (tomamos también de Vólker, 1980, la indicación de páginas en las citas):

*a. Autonomía e interdependencia social:* el hombre, desde su dependencia biológica y emocional posnatal, aspira a independizarse de controles externos. Desarrolla un ser activo capaz de intervenir cada vez más en su propio desarrollo y de tomar sobre sí la responsabilidad de su propia vida. Pero la autonomía, como ya señalamos, tiene que ser socialmente responsable: «Sólo un individuo que es responsable por sí mismo puede asumir responsabilidades frente a la comunidad. Una persona que ha descubierto que puede cambiarse a sí misma llevará a cabo también en el mundo los cambios indispensables» (pág. 17).

*b. Autorrealización:* para explicar la satisfacción de muchas necesidades primarias son apropiados los modelos psicoanalítico y conductista de la regulación del organismo por el principio de homeostasis. Pero aunque esas necesidades estén satisfechas, el organismo permanece activo, vivo, afanoso de tomar iniciativas y aspirando a desplegar sus capacidades creadoras. Por eso se deben incluir las tendencias a la autorrealización, o necesidades de crecimiento, entre las fuerzas impulsoras básicas del organismo, que en permanente intercambio con el mundo social, en circunstancias favorables, despliegan y diferencian aún más las capacidades existentes.

*c. Orientación por la meta y el sentido:* además (de las bases materiales de su existencia, representaciones axiológicas humanistas como libertad, justicia y dignidad del hombre plasman la vida y la acción. Las acciones (concepto general que incluye actividades psíquicas y somáticas) son por principio intencionales, es decir que se estructuran con arreglo a un sentido y se orientan hacia metas, y de este modo constituyen para la conciencia un puente entre realidad interior y exterior. Es esencial además la fijación de metas que trascienden al ser «por la búsqueda de sentido y cumplimiento más allá de la propia existencia», (pág. 19; en la misma compilación, Fittkau, 1977, expone un notable modelo sobre este punto).

*d. Totalidad:* junto con la psicología de la *Gestalt* (tal como la hemos expuesto antes), la psicología humanista considera al «organismo humano como *Gestalt*, como todo orgánico significativo, y pone el acento en el carácter total de sentimiento y razón, de cuerpo y alma» (pág. 20).

Según se advierte con la mayor claridad en el punto b), los procesos de crecimiento y de autorrealización dependen de la satisfacción de necesidades básicas. Abraham Maslow, uno de los cofundadores de la psicología humanista, ha propuesto en este sentido una jerarquía de las necesidades en cinco estadios (Maslow, 1973), en que determinadas necesidades de cierto estadio sólo son pertinentes si todos los grados inferiores se encuentran (suficientemente) satisfechos: en el estadio inferior tenemos, según esto, necesidades fisiológicas como el hambre, la sed, el contacto sexual; en el que sigue, las de seguridad; después vienen las necesidades de contacto social (pertenencia y amor) y, en el cuarto estadio, necesidades de confirmación y estima.

Sólo cuando están satisfechas estas cuatro «necesidades de carencia», aparecen las necesidades de crecimiento y autorrealización. Es ilustrativo que el neurótico, en quien necesidades elementales permanecen insatisfechas, dependa en alto grado de situaciones y personas con quienes asocia una satisfacción posible; por lo tanto, la libertad y la autonomía no pueden ser importantes para él. En sentido inverso, Maslow ha presentado un catálogo de cualidades que son típicas en personas con alto grado de autorrealización, p.ej., percatación (*awareness*) más intensa, centramiento en el problema mismo en lugar de centramiento en el yo a raíz del problema, etc. (cf. Maslow, 1973). En los capítulos que siguen elucidaremos algunos aspectos esenciales de estos conceptos.

### 13. Terapia gestáltica (Perls)

La raíz que la psicología humanista tiene en la psicología de la Gestalt se expresa de la manera más intensa y circunstanciada en las concepciones de la terapia guesáltica de Frederick (nFritz) Salomon Perls (1893-1970) y de su esposa Lore (nacida en 1906). Erl, efecto, como ya lo hemos mencionado, en esta variedad de terapia desempeñan un papel central sobre todo la ley del cierre (Wertheimer) y el efecto Zeigarnik (las acciones inconclusas se conservan en la memoria con preferencia); además, de la teoría de Kurt Goldstein proviene la insistencia en la estructuración figura-fondo así como las ideas de la autoactualización y del cotejo activo con el mundo exterior.

Pero no se puede decir que la terapia guesáltica constituya la aplicación práctica de la psicología de la Gestalt (o sea que exista entre ellas una relación como la que presentaron, al menos al comienzo, la terapia de la conducta y las teorías del aprendizaje). Más bien, las formulaciones rigurosas, fundadas experimentalmente, de las leyes de la psicología de la Gestalt (sobre todo en el dominio cognitivo y en el de la psicología de la percepción) fueron aplicadas por Perls de una manera muy generalizada y en muchos casos como meras analogías metafóricas. Por otra parte, «terapia guesáltica» fue sólo la segunda denominación que Perls escogió para su abordaje: al comienzo, también esta variedad terapéutica extrajo poco a poco sus concepciones desde el psicoanálisis; y Perls, que trabajó inicialmente como psicoanalista clásico, durante mucho tiempo conservó, para su procedimiento ya modificado, la denominación de psicoanálisis». En su primer libro, de 1944, dio a la tercera parte, donde se describe la técnica terapéutica, el título de terapia de concentración» (*“concentration therapy”*). Cuando a fines de la década de 1940 buscó una denominación más apropiada, estuvo a punto de escoger «psicoterapia de la existencia» en vista de los marcados rasgos existencialistas que contenía. Pero finalmente prefirió «terapia guesáltica para diferenciarse con claridad de las corrientes nihilistas del existencialismo (sobre todo de Camus y de Sartre).

Junto al propio Fritz Perls, se incluyen entre los fundadores de la terapia guesáltica sobre todo a su esposa Lore (Laura), Paul Goodman, James Simkin, Paul Weisz y Ralph Hefferline. Pero es indudable que Fritz Perls ocupó el centro de la atención, tal vez no en último término a causa de su personalidad marcadamente individualista y de su fuerte inclinación a hacerse valer (p.ej., en sus primeros escritos todavía honró la notable participación de su esposa Lore en la elaboración de las ideas teóricas, pero en ediciones posteriores eliminó esta referencia).

Es mérito indiscutible de Perls haber integrado en la terapia guesáltica diversos abordajes y corrientes. En primer lugar cuenta en ese sentido la asimilación del patrimonio psicoanalítico que obtuvo en sus análisis didácticos con Karen Horney (1925), Clara Happel (1926), Wilhelm Reich (1928) y algunos otros analistas del círculo íntimo de Freud. Hartmann-Kottek-Schroeder (1983) señala en relación con esto la notable semejanza de ciertas ideas de Harald Schultz-Hencke (1892-1953), figura central de la Escuela Psicoanalítica de Berlín, a quien Perls conoció a comienzos de la década de 1920, con algunas concepciones básicas de la posterior terapia guesáltica (p.ej., la importancia de la agresión no neurótica, la insistencia en el «aquí y ahora»; véase *infra*). La relación de Perls con la psicología de la *Gestalt* se remonta por una parte a su designación como asistente de Kurt Goldstein en Francfort (desde 1926) y, por la otra, a su casamiento con Lore, que se había graduado en psicología de la *Gestalt* (Fritz Perls tenía formación médica). Sin duda que no fue indiferente para su posterior alejamiento del psicoanálisis la recepción muy crítica que recibió su trabajo sobre «resistencias orales» en el Congreso Psicoanalítico de 1936, así como la actitud desdeñosa de Freud durante una visita que Perls le hizo en Viena ese mismo año. Comoquiera que fuere, poco después Perls sufrió una crisis personal que duró varios años, durante la cual se ocupó de fenomenología y existencialismo, así como de psicología de la *Gestalt*.

En su condición de judío debió escapar a Holanda en 1933; se radicó después en Sudáfrica (donde publicó su primer libro importante, *EL yo, el hambre y la agresión*); desde 1946 trabajó en los Estados Unidos (donde murió en 1970). Importantes fueron también los contactos que en 1947 y en 1949 tuvo con Moreno, con quien aprendió psicodrama. Paul Goodman, graduado en Chicago, aportó, hacia fines de la década de 1940, al ulterior desarrollo de la terapia guesáltica, las concepciones de filosofía social y las perspectivas de la famosa escuela de Chicago del pragmatismo (Dewey y Mead, entre otros). Del trabajo en colaboración de Fritz y Dore Perls, Paul Goodman y Ralph Hefferline, nació en 1951 la segunda obra central de la terapia guesáltica, que ahora sí llevaba esa denominación: *Gestalt-therapy. Excitement and growth in the human personality*. El propio Perls ya no intentaría en lo sucesivo dar a sus posteriores elaboraciones una forma teórico-sistemática -de esto se encargaron en parte sus seguidores- sino que se limitó a publicar exposiciones sintéticas de sus ideas básicas con extensas transcripciones de los protocolos de sus sesiones de terapia guesáltica. Esta abstinencia teórica posiblemente guardó relación con el hecho de que tras una nueva y prolongada crisis que experimentó a la edad de cincuenta años, Perls viajó al Japón en 1960 para interiorizarse de la meditación zen, lo que no hizo sino reforzar el rechazo de la teorización en favor de la experiencia conciente personal. Precisamente se registran fuertes influjos del budismo zen sobre la terapia guesáltica de Fritz Perls, p.ej., una insistencia redoblada en la regulación autónoma y el equilibrio de todas las fuerzas y, lo que importa incluso para el posterior desarrollo de la terapia guesáltica por obra de él mismo, una orientación cada vez más neta hacia los procesos de ensanchamiento de la conciencia (a costa de las perspectivas clínicas).

Ya en la década de 1960, se formaron en los Estados Unidos dos distintas corrientes de terapia guesáltica. En la «costa Oeste» (por influjo de Fritz Perls, Claudio Naranjo y James S. Simkin), surgió la orientación más bien individualista e interesada en el despliegue de la personalidad (que, según apuntamos, parece menos apropiada para el paciente clínico

común»). En la «costa Este», en cambio, la terapia guesáltica se desarrolló como abordaje de tratamiento psicoterapéutico (por influjo de Lore Perls, Paul Goodman e Isadore From). En Europa Occidental, la terapia guesáltica se difundió desde la década de 1960 sobre todo por obra de Hilarion Petzold y recibió una elaboración teórica más intensa (en parte bajo la designación de «terapia integrativa») que consistió en retomar sus ingredientes originarios: la psicología de la *Gestalt*, el psicodrama y el existencialismo.

### 13.1 Teoría y práctica terapéutica

La terapia guesáltica se desarrolló preferentemente desde la práctica terapéutica (psicoanalítica al comienzo) por efecto de los influjos personales, teóricos y de cosmovisión que acabamos de esbozar. Puesto que Perls, fuera de las estructuras académicas, comunicó una «forma de vida» y publicó protocolos comentados de sus sesiones más que ensayos de teoría rigurosa, se suele ver en la terapia guesáltica una colección poco trabada y estructurada de técnicas de intervención.

Es desde luego insuficiente esta visión de la terapia guesáltica como mera orientación práctica. Aunque es cierto que su «imagen del mundo» (o su imagen del hombre) y el espectro de sus técnicas concretas de intervención se presentan entretejidas en un pie de igualdad con la teoría (en el sentido estricto, académico) hasta formar un todo (se diría: una «Gestalt de vida» para los terapeutas). Tal vez la terapia guesáltica sea entonces aquella variedad terapéutica en la cual la cosmovisión filosófica (nos referimos, p.ej., a su actitud de privilegiar la experiencia y el encuentro sobre la teoría) ha reactuado con más intensidad sobre el abordaje mismo (al menos esto vale en alto grado para el propio Perls).

Las ideas básicas de la filosofía de vida de la terapia guesáltica -que son a poco más el fondo sobre el que se recortan como figuras deslindadas, en cada caso, tanto la teoría como las intervenciones terapéuticas concretas- han sido formuladas del siguiente modo por el discípulo de Perls, Eric Marcus (1979), quien parte de nueve mandamientos nucleares tomados de Naranjo (1970):

1. «Vive ahora. Ocúpate del presente, no del pasado o del futuro». El pasado y el futuro son fantasías, ideas...
2. «Vive aquí. Ocúpate de lo que está presente, no de lo ausente». Es preciso tramitar muchos «negocios inconclusos» del pasado, cerrar «figuras inacabadas», para poder vivir aquí y ahora.
3. «Deja de representarte cosas. Experimenta la realidad». La terapia consiste en lo esencial en ayudar al cliente a distinguir entre su fantasía y la realidad.
4. «Deja de raciocinar innecesariamente. Es mejor probar y ver». ¡Experimenta contigo mismo!
5. «Exprésate en lugar de manipular, explicar, justificar y juzgar».
6. «Entrégate al desagrado y al dolor como a la alegría. No restrinjas tu percatación (awareness)». Es decir: ¡No evites nada!
7. «No aceptes ningún "deber ser" o "tener que ser" que no sean los tuyos propios. No adores ídolos».
8. «Asume la plena responsabilidad de tus acciones, sentimientos, pensamientos».
9. «Aceptate (y acepta a los demás) como eres ahora (y como ellos son ahora)». «Sólo si aceptamos lo inevitable del estado actual, podremos aceptar percataciones nuevas, desarrollar otras, y probar nuevas maneras de ser en el momento que sigue».

Según esto, la vida humana, en el sentido de la «filosofía» de la *Gestalt*, es un proceso progrediente, un deslizarse de situación en situación, caracterizada cada una, en lo interior, por necesidades, sentimientos, experiencias; y en lo exterior, por percepciones, contactos, diálogos, encuentros, que se entretejen siempre de una manera compleja y total, aunque la conciencia (o la atención), en consonancia con las necesidades, destaque en cada caso aspectos singulares («figuras»). La vida, entendida así, es en cada instante un cautivante experimento con las propias posibilidades y experiencias (que, por lo demás, no se pueden considerar independientes de la circunstancia social); toda desmentida de necesidades, todo estrechamiento de las posibilidades de vivencia y de conducta, toda evitación del contacto consigo mismo y/o con el mundo, expresan y al mismo tiempo sustentan una perturbación.

Lo expuesto constituye el fondo de la terapia guesáltica, sobre el que se recortan algunas figuras de teoría claramente deslindables: estos elementos conceptuales centrales de la terapia guesáltica son «crecimiento» o «autoactualización», que mantienen permanente «contacto» con el «mundo» y el «mundo interior propio» -en un flujo de «alertamiento» o «percatación» («*awareness continuum*»)-, dentro del «encuentro» («yo y tú») y siempre «aquí y ahora». Los conceptos de la terapia guesáltica se podrían elaborar como aspectos parciales de la meta de alcanzar percatación (donde, en el sentido del budismo zen, «meta» se puede entender simultáneamente como «camino» interminable hacia esa misma meta); en efecto, percatación «es el estado del organismo vivo que se mantiene en contacto consigo y con el mundo sin que bloques, p.ej., mecanismos neuróticos, restrinjan o enturbien la percepción conciente de sí mismo y de los otros» (Perls, 1982, pág. 73). En la exposición que sigue, para articular las perspectivas de estos diversos conceptos, tomaremos como eje el de «asimilación»: la recepción y elaboración de elementos (hasta entonces) ajenos con miras al propio crecimiento.

### 13.2 Asirriilación y crecimiento

Ningún organismo es tan autárquico que pueda existir solo, desde sí mismo, y -menos todavía- crecer. Por eso vida y crecimiento sobrevienen por principio en el cotejo con el mundo. Perls ilustra este proceso con un ejemplo elemental, la nutrición: para satisfacer su hambre, el hombre tiene que entrar primero en contacto con el mundo. Este acometimiento (en latín: *ad-greddi*) del mundo es un acto de agresión; en consecuencia, Perls entiende que la agresión es una premisa positiva y necesaria de la vida humana, con lo cual se aparta fuertemente de la concepción freudiana de la pulsión de muerte.

El alimento, que aquel acometimiento del mundo y cotejo con él permitió encontrar, tiene que ser ahora asimilado al cuerpo; para ello es preciso morderlo, masticarlo y percibir su sabor para así separar lo nutritivo y deseado de lo venenoso e indeseado. Lo primero es recibido por el cuerpo, es disgregado y destruido por la masticación y la digestión, y sólo de esta manera un material ajeno puede ser asimilado por el cuerpo y servir al proceso de crecimiento como algo propio del cuerpo. Ahora bien, esta misma transformación lograda de un material ajeno en propio con miras al crecimiento caracteriza al proceso de la asimilación. Para ello también es importante que el material no utilizado se deseche («se escupa»); aquí toca al asco la importante función de desechar efectivamente lo que sabe a indigesto.

Este ejemplo elemental de la nutrición puede trasladarse en principio a los demás procesos de cotejo con el mundo, y del metabolismo biológico, al «metabolismo anímico-espiritual» (Perls). Es verdad que el «hambre» como necesidad esencial y el ejemplo de la nutrición concreta no han sido escogidos (por el propio Perls) al azar: este proceso es una de las primeras formas de cotejo del niño con su medio. En particular, la manera en que la nutrición se ha plasmado en la primera infancia -en último análisis, gracias a la íntegra relación con la madre- lleva a que el individuo adquiera y generalice modelos fundamentales de relación con el mundo. La generalización que sigue no vale entonces sólo para este ejemplo sino que se produce en el desarrollo infantil de manera análoga.

El crecimiento implica, por consiguiente, la transformación -definida como asimilación- de lo ajeno (al organismo) en propio (del organismo). Si prescindimos del ejemplo de la nutrición, en el sentido psicológico se trata aquí del cotejo con el material de la experiencia y la vivencia.- Tanto la destrucción de lo ajeno, que es premisa de su construcción como algo propio, como el acercamiento a eso ajeno del mundo, y su incorporación, son actos de agresión «dental». Para esto, el organismo tiene que poder distinguir entre lo útil y lo inútil, por una parte, y, por la otra, plasmar primero en plena correspondencia con sus necesidades su contacto con el mundo, estructurándolo en la percepción. Ya los psicólogos de la *Gestalt* Koffka y Goldstein destacan el «encuentro creador» del sujeto con el mundo; en este encuentro, en armonía con el estado de la necesidad en cada caso, se destacan unidades de sentido (como figura) sobre lo circunstante (como fondo; véase *infra*).

En relación con esto se pueden indicar dos perturbaciones de la asimilación, que también desempeñan importante papel en el psicoanálisis freudiano como mecanismos de defensa: introyección y proyección. *Introyección* es la recepción de un material indigesto (o al menos no digerido), que entonces permanece como un elemento extraño y no asimilado. En el ejemplo de la nutrición, consistiría en un alimento forzado; en sentido traslaticio, en mandatos y prohibiciones que se han recibido (sin ponerlos a prueba y «sin digerirlos»); se trata, por consiguiente, en terminología freudiana, de elementos del superyó. *Proyección* es, al contrario, el rehusamiento de toda recepción de material, incluido el que de manera originaria y propia pertenecía al organismo. Así, determinadas partes no son reconocidas como «propias» (y por lo mismo no son reasimiladas) sino que se las proyecta al medio como «ajenas». El que proyecta no es capaz de distinguir de manera satisfactoria entre mundo interior y exterior.

El hecho de que una asimilación lograda, consecuencia a su vez de una agresión (entendida en sentido positivo), sea necesaria para un crecimiento sano nos impone considerar con más detalle los procesos de cotejo con el mundo.

### 13.3 Diálogo, encuentro y autorregulación

Como el hombre es un ser social, su mundo es siempre social, es decir que su contacto con aquel, su experiencia, o bien se hace en relación inmediata con otras personas, o bien, si se trata de «cosas» del mundo, tiene que tomar en cuenta al menos las necesidades e intereses de las demás personas. No se puede partir del supuesto de que todos los interesados tengan siempre necesidades idealmente complementarias; es preciso negociar soluciones comunes. En el caso óptimo, se produce un encuentro humano: «yo y tú aquí y ahora». Pero, en cualquier caso, este diálogo modifica algo en los dos participantes y en su relación recíproca y con el resto del mundo.

Lo importante es que la persona íntegra, el «sí-mismo», se plasma en el contacto organismo-medio. Este sí-mismo concurre a la autorregulación orgánica y, por lo tanto, es el integrador del organismo y existe únicamente dentro del proceso del cotejo organismo-medio (véase *infra*). El sí-mismo abarca los sistemas parciales «yo», «ello» y «personalidad» (que no se debe confundir con «persona», para Perls sinónimo de «sí-mismo»). Es verdad que estos tres sistemas parciales no se deslindan de manera tajante; se los debe entender como clasificaciones funcionales y por lo tanto es difícil aprehenderlos: del ello provienen las necesidades del organismo, que son recogidas por el yo, donde aparecen como intenciones concientes de acción hacia el mundo exterior. La personalidad, comparable hasta cierto punto con el superyó de Freud, es la estructura de responsabilidad del sí-mismo, que se ha constituido a partir de las relaciones sociales experimentadas hasta el momento, y es el precipitado de todo el material recibido (tanto asimilado como no

asimilado), o sea, un sistema de «cualidades» personales que se podría aducir como base para la explicación de la conducta de esta persona.

Esta clasificación funcional del sí-mismo en el proceso de la «autorregulación orgánica» se aclara un poco más en conexión con el denominado «ciclo de contacto», según el cual transcurre, en el caso típico, el cotejo del organismo con el ambiente: el yo, dice Perls (1978, pág. 175), «tiene una suerte de función administrativa; liga las acciones del organismo como un todo con sus necesidades urgentes». Si introducen a un hambriento en una caja hermética, él tiene ahora la sensación de que se ahoga: el hambre desaparece, la persona no puede tener las dos sensaciones a la vez, o sea, la de hambre y la de ahogo. Del mismo modo, la sensación de hambre desaparece comiendo. Según el estado de la necesidad, se destaca una figura (p.ej., una necesidad, una noticia cognitiva, una emoción, una percepción) sobre el fondo, y urge su cierre en el sentido de la psicología de la *Gestalt*. Si se logra el contacto correspondiente con el medio, la figura se cierra, se hunde en el fondo y deja sitio a una figura nueva. Este ciclo de contacto transcurre según cuatro pasos:

1. *Pre-contacto*: del organismo o del medio surgen un anhelo o un estímulo que se convierten, en figura (desde el punto de vista del sí-mismo, el resto del cuerpo o el medio restante se convierten en fondo). La selección del elemento que se destaca está determinada por muchos factores, que de manera aproximada se podrían agrupar en el concepto de interés.

2. *Toma de contacto*: el anhelo se convierte en fondo y se recorta como figura una «imagen de búsqueda de las posibilidades de satisfacción; el *wad-greddi*» (véase supra) pasa al primer plano, y se diferencian y escogen posibilidades; aquí la función del yo es decisiva.

3. *Consumación del contacto*: en el contacto como tal, cuerpo y medio son fondo, mientras se viven de manera intensiva la figura y el contacto. La intención del yo se transforma en la espontaneidad del sí-mismo, o sea que la persona íntegra es capturada por el vivenciar (percibir, sentir).

4. *Pis-contacto*: el proceso de contacto ha llegado a su término, el sí-mismo se difumina, la figura retrocede hacia el fondo. En el encuentro con lo «no sí-mismo» se cumple, en el caso óptimo, un paso de crecimiento y maduración. El organismo está ahora listo para el siguiente ciclo de contacto.

La autorregulación orgánica, o sea, el permanente cotejo de estos ciclos de contacto con procesos de formación gestáltica flexibles e íntegros, es, según Perls, la base del crecimiento y de la maduración a lo largo de la vida. Además, en una persona que no padezca de ninguna perturbación, este proceso sobreviene en un «*awareness continuum*» (tal vez podamos traducir: en una corriente de atención). La figura que en cada caso ocupa el primer plano (sea en el interior del cuerpo o en el medio) es reconocida y experimentada con conciencia.

Pero son pocas las personas que dejan que sus necesidades se recorten como figura y que pueden experimentarse a ellas mismas y experimentar a su medio en el flujo de una percatación plena. Lo que se observa es que presentan en mayor o menor medida perturbaciones en el contacto consigo mismas y/o con su ambiente. Ahora bien, si una toma de contacto se interrumpe (p.ej., en los estadios 2 o 3 del ciclo antes descrito), se genera una *Gestalt* o situación incompleta, que pugna por su cierre. Pero por el efecto Zeigarnik, justamente las *Gestalten* no cerradas -p.ej., sentimientos indeseados, conflictos externos que se han evitado («*ad-greddi*»)- tienden a aflorar de continuo en la conciencia. Así, «la evitación de conflictos exteriores [ . . . ] tiene por consecuencia la creación de conflictos interiores» (Perls, 1978, pág. 179). Esto nos conduce a examinar las formas de bloqueo o de evitación del contacto.

### 13.4. Perturbaciones del contacto y estrategias de dominio

El contacto con el medio en el encuentro con el «tú», pero también consigo mismo, se entreteje íntimamente con el concepto de «límite»: sólo donde existe un límite se puede producir un contacto porque sin ese límite no sobrevendría más que una fusión indiferenciada (véase infra, el concepto de «confluencia»). El límite es al mismo tiempo el lugar del encuentro y de la separación. «Paradójicamente, nuestro sentimiento de unión depende de un acrecentado sentimiento de separación; en lo que sigue trataremos de resolver esta paradoja», escriben los discípulos de Perls, Erving y Miriam Polster (1975, pág. 101), y dedican todo un capítulo al concepto de límite del contacto. Ya en nuestra exposición del «ciclo de contacto» se pudo advertir que el contacto no es un estado que se pudiera tener o no, sino que es preciso estar activo para mantener un contacto.

Desde la perspectiva de la autorregulación, justamente, las formas -expuestas antes- de evitación del contacto presentan un rostro doble: por una parte, de esa manera el organismo es sin duda estorbado en su despliegue pleno pero, por otra parte, es cierto que en su desarrollo anterior tuvo buenas razones para evitar contactos en aras de su supervivencia -aunque restringida-. Este doble rostro se reconoce en prácticamente todas las variedades de terapia bajo diversos conceptos: desde la perspectiva del trabajo terapéutico o del organismo en su funcionamiento pleno se hablará de «resistencias», «corazas corporales o del carácter», «mecanismos de defensa», «bloqueos», «perturbaciones del contacto»; en cambio, desde la perspectiva de la historia de experiencia del organismo se tratará de «apoyos», «estrategias de dominio», «mecanismos de protección», etc. El propio Perls señala esta circunstancia con tanta claridad que vale la pena citar el pasaje, a causa de su importancia extraordinaria para el proceso terapéutico:

«No haremos justicia a nuestros pacientes mientras que no discernamos la dialéctica de la resistencia. El opuesto dialéctico de resistencia es "auxilio". La misma fortaleza que resiste al atacante, ampara al defensor. En este libro podemos conservar la expresión "resistencia" porque en el fondo somos enemigos de la neurosis. Pero en un libro sobre ética preferiríamos la expresión "auxilio" para designar esos mecanismos ( . . . ] No hay que olvidar, sin embargo, que sólo logramos sortear las resistencias si apreciamos de manera correcta el hecho de que el paciente ve en ellas unos "auxilios"» (Perls, 1978, pág. 183).

En consecuencia, lo que se suele denominar neurosis es una maniobra protectora frente a una amenaza grave. Estas maniobras operan como perturbaciones de los límites del contacto en la forma de cuatro mecanismos: ya definimos dos de las formas de estas perturbaciones del contacto, a saber, la introyección (introducir un material no asimilado sin ponerlo a prueba) y la proyección (partes indeseadas de la propia persona se alucinan como algo situado fuera del organismo). Las otras dos formas son la rete oflexión y la confluencia.

En la *retroflexión*, la persona vuelca sobre sí misma impulsos (agresividad) que normalmente están dirigidos hacia afuera, hacia un objeto determinado, p.ej., si se arranca los cabellos, se araña, etc. Como en estos casos a menudo se inhiben reacciones espontáneas, el correlato somático de la retroflexión se suele presentar en la forma de contracturas musculares: dientes apretados, hombros levantados, contracción en el pecho, etc. (cf. sobre esto Reich, en el capítulo 5, y Lowen, en el capítulo 6). También sentimientos de culpa pueden ser resultado -de la retroflexión; pero en estos casos lo común es que se hayan introyectado primero prohibiciones de la agresión. Si después la persona siente en ella misma estas tendencias agresivas o no bloquea de manera completa esta conducta agresiva, como se lo exige «la conciencia moral» (o sea, el mandato introyectado), una parte de esta energía se volcará sobre ella misma en la forma de reproches y sentimientos de culpa.

En la *confluencia*, los contactos en que el organismo se fusiona con su medio (sobre todo, con un compañero) son para él más importantes que su propia identidad. A diferencia de lo que sucede en el encuentro, que es el contacto en sentido positivo, la percatación se enturbia en la *confluencia*: la persona no se experimenta de manera clara y distinta en compañía del otro, no puede contraponer sus propios deseos y sentimientos a los del compañero de modo de negociar en el diálogo los dominios de contacto. Ahora bien, en una acepción general, «confluencia» designa todo desdibujamiento de «los límites del yo», sea frente a sensaciones y exigencias de adentro (p.ej., avasallamiento por un material arcaico) o de afuera (p.ej., de parte del compañero).

A manera de resumen se puede decir: ««El *introyector* hace lo que otros esperarían de él; el *proyector* hace a los demás lo que él les reprocha; el *confluente* patológico no sabe quién hace qué a quién; y el *retrojector* se hace a sí mismo lo que querría perpetrar en otros» (Perls, 1982, pág. 58).

Perturbaciones del contacto todavía más severas son la *delexión*, en la que se evita todo contacto estrecho con el mundo exterior (p.ej., con una expresión despectiva o una verbosidad excesiva), y la *desensibilización*, en que el estado de alerta y las sensaciones se reducen a un mínimo. El organismo queda en este caso abotagado para las experiencias de contacto, hasta llegar a la insensibilidad de regiones del cuerpo o frente a determinados dolores (psíquicos o físicos).

Todas estas perturbaciones del contacto impiden de diversas maneras que se logren los procesos de asimilación o, al menos, los dañan, con lo cual perturban el crecimiento y la autoactualización. La terapia guesáltica no tiene otro modelo específico de las neurosis además de estas perturbaciones del contacto (ni superpuesto a ellas). Perls habla de ««*growth disorder*» [trastorno del crecimiento] o de ««*disturbance of development*» [perturbación del desarrollo]. En cambio, dispone de un modelo ««en capas de cebolla» de contacto decreciente del organismo con sus necesidades y sensaciones, y con el mundo exterior, un modelo que tiene importancia también para la secuencia de las intervenciones terapéuticas.

### 13.5 Fases del contacto y de la terapia

Perls distingue cinco fases o capas con que el individuo ha envuelto su sí-mismo auténtico como en capas de cebolla, y que en la terapia se tienen que elaborar de afuera hacia adentro. A las diversas «capas» se pueden imputar también tipos de modos de vida con perturbación del contacto; es frecuente que en la bibliografía se mencione esto como «modelo de las neurosis», pero ya indicamos que el propio Perls propuso no hablar de neurosis sino de perturbación del crecimiento. Caracterizaremos brevemente estas fases en la secuencia que va desde afuera hacia adentro (en correspondencia con el proceso terapéutico):

1. *fase del clisé*: el individuo no es capaz de alcanzar encuentros intensos; tiene una conducta inauténtica, retórica, regida por clisés, ritualizada;
2. *fase del juego de roles*: pautas rígidas de rol y una espontaneidad escasa ayudan a evitar un contacto demasiado intenso consigo mismo y con el medio; las necesidades son en parte reconocidas, pero las más de las veces no se las acepta, y la percatación es muy pequeña;
3. *Jizse de bloqueo («impasse»)*: la coraza protectora de 1) y 2) y los usuales clisés de conducta han probado ser ineficaces; se difunde una sensación de vacío, de desconcierto y de ausencia de salidas, de manera que en la
4. *fase de implosión*: se recurre primero a determinados programas extraídos de la concepción que el individuo tiene de sí mismo, pero que están demasiado dirigidos hacia lo interno y por eso no son plenamente adecuados a la situación;

5. *fase de explosión*: las necesidades y los sentimientos que habían sido bloqueados, segregados, evitados, se expresan ahora de una manera que es plenamente adecuada a la situación y al medio.

Puesto que en 5) el organismo se tiene que familiarizar por primera vez con los aspectos hasta entonces ignorados, HartmannKottke-Schroeder (1983), inspirándose en Petzold en cuanto al proceso de terapia, le agrega todavía otras dos fases:

6. *fase de elaboración*: esta fase permite que el individuo integre en el orden de la vivencia la identidad nueva, ensanchada, y establezca cotejos cognitivos con esta realidad total nueva;

7. *fase conclusiva de modificación de la conducta*: la nueva identidad es sondeada, puesta a prueba y de esta manera afirmada en el orden de la conducta, por una vía experimental y creadora.

## 13.6 Aspectos y técnicas de la intervención

«La toma de conciencia de sentimientos indeseados y la capacidad de tolerarlos son las condiciones *sine qua non* de un tratamiento logrado.; esta proposición de Perls (1978, pág. 216) vuelve a mostrar con claridad que la terapia guesáltica es, en su núcleo, un análisis de las resistencias, Sin embargo, en oposición al psicoanálisis, la resistencia no es interpretada o «eliminada» sino que se la vuelve pregnante como una *Gestalt* experimentable para el cliente. La terapia guesáltica no se centra en el material (que ha sido desconocido) sino en el proceso mismo (de contacto y de bloqueo). En la conducta aquí y ahora, en las estrategias de dominio, en la modalidad del contacto con el medio y consigo mismo aparecen las *Gestalten* incompletas, no cerradas.

El abordaje de estas resistencias se produce sobre el fondo de los mandamientos nucleares antes expuestos. Para ello el terapeuta se vale de la fuerza de autorregulación y se ofrece él mismo como compañero para el encuentro en la relación. Existe gran cantidad de «técnicas» (en ocasiones se exagera la importancia de las técnicas como tales) destinadas a ayudar al cliente a ponerse más en contacto consigo mismo y con el ambiente. Pero en el fondo -dice Perls- aun las siguientes cinco preguntas «bastarían como armamento para los terapeutas»: ¿qué haces?, ¿qué sientes?, ¿qué te gusta?, ¿qué evitas?, ¿qué esperas?

Desde luego que esas preguntas no se dirigen al cliente en esa forma; más bien definen líneas guía para el trabajo terapéutico. A diferencia de lo que ocurre, p.ej., en la psicoterapia de diálogo, en este trabajo se atribuye mucha importancia a la confrontación y la frustración del cliente, es cierto que sólo sobre la base de una sólida relación terapeuta-cliente, que al mismo tiempo se caracteriza por el apoyo. El juego alternado entre apoyo (*support*) y *frustración* (*skillful frustration*) es una característica destacada del estilo de intervención en terapia guesáltica (cf. Schneider, 1981):

«*Support*» se define por el acompañamiento empático, el contacto yo-tú, la cooperación, el aliento, el amparo, indirectamente incluso por recomendaciones como respirar más hondo, adoptar un mejor modelo para caminar, etc. «*Skillful frustration*» está destinada en primer término a ensanchar, por medio de la confrontación, los contextos perceptivos del paciente, a medida que, p.ej., el terapeuta le devuelve en espejo sus propias percepciones o le hace notar saltos o contradicciones lógicas en sus enunciados. En segundo término, procuran que el paciente, gracias a esta provocación, experimente con nitidez sus expectativas, clisés, fachadas o maneras en que se ve a sí mismo. Como ya dijimos, estas intervenciones se producen siempre sobre el fondo de la confianza, o sea, sólo cuando el paciente puede experimentar que la frustración en definitiva está al exclusivo servicio de la transparencia en el curso de su descubrimiento de sí mismo.

Esto presupone, ciertamente, límites yoicos estables; no se puede proceder de este modo si se registra, p.ej., una tendencia psicótica.

En todos los casos es importante acrecentar primero la percatación del cliente, en particular respecto de su propia conducta defensiva. Diversos recursos permiten activar la vivencia, p.ej., la concentración en el «aquí y ahora», el señalamiento de la postura, del tono de voz, de los gestos, etc., o el «diálogo guesáltico», en que el cliente coloca frente a sí, en una silla vacía, a una persona de su trato o a una parte física/psíquica/cognitiva de sí mismo, toma contacto con ella y establece un diálogo por intercambio de roles, etc. Estas partes casi siempre indeseadas, a menudo escindidas, que de este modo se vuelven experimentables, deben ser reconocidas por el cliente como propias, y él debe hacerse responsable también por estas partes de su persona hasta entonces desmentidas. En este punto opera la paradoja del cambio: si uno se acepta como uno es -sí, p.ej., en lugar de «se», «la gente», etc., puede decir «yo», y en lugar de «yo no puedo», «yo no quiero», por esa razón uno cambia. Los sectores desmentidos, segregados, son reintegrados en el sí-mismo. Por lo general se libera entonces una energía ligada (y a menudo dirigida contra uno mismo), que se puede aplicar a experimentar, es decir, a la puesta a prueba de conductas nuevas en un medio seguro; estas conductas nuevas brotan de las introyecciones cognitivas y vivenciales, y no son impuestas por el terapeuta. Por fin, estas conductas así probadas se deberán generalizar para las situaciones de la vida cotidiana. Es allí donde se produce una consolidación del nuevo sí-mismo.

Para la selección de las técnicas de intervención aplicables al caso, la terapia guesáltica está en principio abierta a otros abordajes terapéuticos, como el psicodrama de Moreno o el trabajo corporal de Reich/Lowen. Con miras al

acrecentamiento de la percatación, en particular, se utiliza un amplio espectro de intervenciones: además de la «silla vacía», ya mencionada (no se la confunda con la silla caliente», donde en terapia guesáltica de grupos se sienta la persona que está dispuesta a trabajar), se escogen ejercicios creadores para la plasmación de determinados aspectos del sí-mismo (o del contacto), como, p.ej., pintar, modelar (aquí al principio se trata solamente del contacto con los materiales mismos, pero después también del contacto consigo y con el mundo, que de esta manera se expresa), representaciones con el cuerpo propio (o en el grupo: con otros cuerpos; también aquí importa el contacto en el sentido doble), ejercicios de fantasía, en que el cliente imagina a modo de ensoñación relaciones de contacto, etcétera.

Un papel no desdeñable desempeña en la terapia guesáltica el trabajo con sueños porque en ellos a menudo afloran las partes alienadas, desautorizadas del sí-mismo como «actores extraños» (cf. el tratamiento de la sombra en C. G. Jung, en el capítulo 4). En la medida en que el cliente tome conciencia de su posición de *regisseur* de su sueño, podrá entrar tentativamente en contacto, con estas partes (tal vez identificarse con ellas, p.ej., «un perro se abalanzó sobre mí» se convertirá en «hice que un perro se abalanzara sobre mí», y después, «ahora yo soy el perro . . .»). El sueño es entendido como una creación artística que sirve al propósito de contraponer fuerzas en apariencia inconciliables. Esta contradicción debe ser llevada a la conciencia y resuelta en la terapia (para lo cual en muchos casos se puede recurrir a posibilidades de solución que se insinúan de manera latente en el sueño).

Hasta aquí llega nuestro esbozo aproximativo de los aspectos «técnicos» de la terapia guesáltica. Por una parte, no se pone límite alguno a la creatividad de los terapeutas; por la otra, no es raro que se exagere la importancia de las técnicas frente a la actitud básica. Por eso citaremos para concluir a Voobus (1975), quien se manifiesta decididamente en contra de los «psicotécnicos» y de los «emparcha-Gestalten» que «arreglan el alma humana con mohosas tenazas», y cita estas palabras de Perls (Voobus, 1975, pág. 103):

«La psicoterapia no es una feria donde cada quien se pueda divertir a gusto y prevalezca el que conoce más trucos. El crecimiento es un proceso que requiere tiempo... », y «¿Sabes tú de dónde provienen todos estos terapeutas guesálticos? Millares de terapeutas guesálticos: ¿Qué sientes ahora? Pues escribe un diálogo entre estos sentimientos, además dispón allí una silla vacía, y la terapia guesáltica está presta... ¿Quién de nosotros les pudo aportar esto?».

## 14. Psicoterapia de diálogo (Rogers)

### 14.1 Introducción

En los países de lengua alemana, la «*client-centered therapy*» de Carl R. Rogers (nacido en 1902) se ha difundido bajo la denominación de «psicoterapia de diálogo» y, junto al psicoanálisis y la terapia de la conducta, es en ellos una de las tres formas consolidadas de psicoterapia. Aunque en la Sociedad de Psicoterapia Científica de Diálogo se habla también de «psicoterapia centrada en el cliente» (cf. Pflug, 1984), hemos escogido para este capítulo el título de «psicoterapia de diálogo» porque es el que se emplea en la mayoría de las publicaciones corrientes en lengua alemana (cf. empero *infra*).

Las concepciones básicas fueron elaboradas por Rogers ya en los años de 1938 a 1950, primero bajo la designación de «terapia no directiva» («*non directive therapy*») y sólo después (Rogers, 1951) de «psicoterapia centrada en el cliente». Lo asombroso en esta variedad de terapia es cierta doble vía (muchos han visto aquí un carácter contradictorio) que atraviesa su desarrollo desde el comienzo.

Por una parte, Rogers se cuenta entre las personalidades rectoras de la psicología humanista; en armonía con ello, esta variedad de psicoterapia privilegia conceptos como encuentro humano, crecimiento de la personalidad o tendencia a la actualización, confianza en las tendencias de autocuración, libertad personal, etc. Para esto se basa Rogers, como lo mencionamos ya en nuestro capítulo introductorio sobre las terapias humanistas, en Buber y Laotse: «El hombre íntegro [ . . . ] no interviene en la vida de los seres, tampoco se les impone, sino que "ayuda a todas las cosas a alcanzar su libertad"» (Rogers, 1975, pág. 21).

Por otra parte, Rogers fue uno de los primeros terapeutas en tomar de manera sistemática registros grabados de la interacción terapéutica (al comienzo no se utilizaban bandas magnetofónicas, como se suele leer en la bibliografía, puesto que no se disponía aún de ellas en la década de 1940; se empleaba en cambio un aparato análogo al que permitía producir

discos, que imprimía ondas sonoras en materiales apropiados). Estas entrevistas registradas no sólo se empleaban después como base de la formación sino que también se las analizaba por medio de procedimientos empírico-estadísticos para rastrear las pautas básicas de la interacción terapeuta-cliente. De este modo Rogers fue uno de los primeros, junto a los iniciadores de la terapia de la conducta, que estimuló la realización de amplios estudios empíricos experimentales en el intento de operacionalizar la conducta de terapeuta y cliente, de confeccionar escalas y someter los datos a la estadística clásica de correlaciones y tests. Desde comienzos de la década de 1960, los trabajos de Truax y von Carkhuff han sido señeros para innumerables investigaciones hechas en el mismo espíritu (cf., p.ej., un amplio panorama de conjunto en Truax y Carkhuff, 1967).

Esta doble vía se explica por la biografía de Rogers: tras dos años de estudios en ciencias agrarias y un vuelco radical a la teología, tomó lecciones de psicología en el Teachers College de la Universidad de Columbia (que estaba enfrente del seminario de teología). Poco después se pasó al Teachers College, y así recibió la mayor parte de su formación como psicólogo en el mismo instituto en que Watson había elaborado en 1913 su manifiesto conductista, y en que, en 1924, se habían llevado a cabo, bajo su dirección, experimentos de terapia de la conducta. Siguiendo esta tradición, F. S. Keller, discípulo de Skinner, y W. N. Schoenfeld habían elaborado un programa de estudios que sirvió desde 1945 en la Universidad de Columbia para el reclutamiento de científicos en el campo de las teorías del aprendizaje operante. Es evidente que no podía dejar de influir sobre la actitud inicial de Rogers hacia la investigación la formación recibida en este instituto, que se situaba «en la corriente de la psicología dominante en los Estados Unidos, con su insistencia en el método científico riguroso, el pensamiento operacional y la verificación de hipótesis por medio de procedimientos estadísticos refinados» (Rogers, 1983, pág. 475).

Por otro lado, empero, él mismo, y por lo tanto la variedad de terapia por él elaborada, recibieron un sustancial influjo de la filosofía de la existencia de Kierkegaard y Buber, así como de la psicología gualtística sustentada por Kurt Lewin (cf. el capítulo 13). Otro aporte importante para la elaboración de su abordaje fue su encuentro con Otto Rank (1884-1939), discípulo de Freud: Rank insistía en que el paciente debía ser responsable de su propia vida y de la forma de realidad creada por él mismo, y destacaba la necesidad de que el cliente manifestara de manera expresa su personal voluntad. Pfeiffer (1980) señala que las ideas de Rogers sobre la tendencia de autoactualización, y el centramiento del trabajo terapéutico en la vivencia de sentimientos, en el aumento de la congruencia y en el cambio de la percepción de la persona propia son aspectos que en lo esencial se encuentran ya en el trabajo de Rank. Y como componente personal para la elaboración de su abordaje terapéutico, Rogers pone de relieve que «el interés por la conducción del diálogo y la terapia sin duda provino en parte de la soledad de mis primeros años» (Rogers, 1975, pág. 14).

No es sin duda casual que la terapia no directiva o centrada en el cliente recibiera en los países de lengua alemana la designación de «psicoterapia de diálogo», en particular gracias al manual de, Reinhard Tausch (1968), pero también en la misma traducción de 1973 del título de Rogers *Client-centered therapy* como *Die klientbezogene Gesprächstherapie* (revisado posteriormente en esta forma: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-centered therapy*): es que en la década de 1960, la psicología alemana inició una fuerte orientación hacia el conductismo norteamericano y pasó a considerar la investigación estadísticoexperimental «objetiva» como paradigma de científicidad. En estas circunstancias es comprensible que «la más técnica» de las tres variables básicas (véase *infra*) de la terapia centrada en el cliente, es decir, la verbalización, resultara privilegiada. La verbalización -o en general el diálogo-, como forma manifiesta de la interacción terapéutica, es la que con más facilidad admite operacionalización, confección de escalas y, por lo tanto, una objetivación. De esta manera, un fenómeno en extremo reducido por cierto, pero susceptible empero de medición objetiva, se podía someter a los procedimientos clásicos de la tecnología de investigación empírico-estadística, con lo cual adquiriría carta de ciudadanía en la psicología alemana de las décadas de 1960 y 1970 la variedad de psicoterapia así constituida.

Entretanto, en la psicoterapia de diálogo se ha introducido un recordatorio de la psicología humanista y de la genuina posición de Carl Rogers, tanto más cuanto que este ha ido poniendo progresivamente el acento en su posición básica fenomenológico-existencial (cf. Rogers, 1981; es cierto que acerca de este punto este una corriente contraria en la psicoterapia de diálogo, véase *infra*). De este modo se advierte una diferencia notable, p.ej., si se compara el manual alemán clásico de Tausch sobre psicoterapia de diálogo. hasta su sexta edición, con las ediciones más recientes (desde 1979). Hasta 1978, el lector es paseado orgullosamente todavía por el cementerio de datos, donde las hileras de tumbas son coeficientes de correlación que a menudo van de 0,30 a 0,40, significativos por cierto pero que explican apenas del 10 % al 15 % de la varianza medida (y a su vez la varianza medida puede abarcar sólo una fracción de los fenómenos pertinentes de la interacción terapeuta-cliente). Los datos de la investigación, como venimos diciendo, han empezado a pasar a un segundo plano y se habla de «auxiliadores», «compañeros» y ««personas», e importantes nociones se comunican más bien por medio de ejemplos e ilustraciones. Pero ahora como antes se echa de menos un modelo claramente formulado de la eficacia de la psicoterapia de diálogo. Una investigación de base empírica en psicoterapia es sin duda necesaria y deseable. Pero mientras no se puedan enunciar con claridad las nociones teóricas referidas a la relación psicoterapéutica interhumana en el marco de la psicoterapia de diálogo (cf. Pfeiffer, 1980a), una recopilación de datos demasiado eufórica estará empero condenada a pasar de largo ese núcleo desconocido.

De este modo, en la década de 1970 asistimos a un empeño creciente por alcanzar una formación teórico-conceptual nueva o la precisión de las nociones anteriores (véase *infra*); además se abandonan los muestreos univariados en favor de microanálisis multivariados (cf., p.ej., Howe, 1980) pero cuya significación todavía no se puede apreciar definitivamente. Minsel y Bente (1982, pág. 46) ponen de relieve a manera de resumen, al término de una revisión muy crítica del estado y el desarrollo de la psicoterapia de diálogo, entre otras cosas, las dos exigencias de que es preciso dedicarse con más intensidad a la teoría y aplicarse en la investigación al suceder real de la terapia (en tanto proceso multivariado complejo).

## 14.2 El desarrollo de la psicoterapia de diálogo

Según ya indicamos, las actuales concepciones básicas de la psicoterapia de diálogo se modificaron durante una evolución de varias décadas por la acentuación de ciertos puntos de vista. En general se pueden distinguir en este desarrollo tres o cuatro fases en que imperaron distintos centros de gravedad (una división en tres fases proponen, p.ej., Hart, 1970; Pavel, 1975; Minsel y Bente, 1980; en cambio, Shlien y Zimring, 1970, cuentan cuatro fases). Estas no se deslindan de manera neta sino que se superponen por lapsos considerables; además se debe tener en cuenta que en la última década se ha acusado mucho la heterogeneidad de los abordajes. Por eso la exposición que a continuación ofrecemos, de cuatro «fases», se debe tomar como una orientación aproximativa respecto de un proceso que ha dado lugar a corrientes que divergen cada vez más. Nos concentraremos en el desarrollo de las nociones básicas; y mencionaremos sólo de pasada las líneas muy divergentes y las críticas que se han dirigido a esas nociones.

### *14.2.1 Fase de la terapia no directiva (década de 1940)*

Las primeras nociones básicas se elaboraron entre 1938 y 1950, en particular en Ohio (de 1940 a 1945) y en Chicago (de 1940 a 1950). Ocupa el primer plano el «asesoramiento no directivo» (Rogers, 1942); en él se trata, en lo esencial, de ofrecer al cliente una situación en que se pueda sentir seguro y amparado. Las intervenciones terapéuticas se caracterizan principalmente por la permisividad o no directividad. Están exentas de toda forma de dirigismo, y en cambio se sustentan en la calidez, la simpatía y la aceptación como actitudes básicas. El modelo médico -sobre todo en sus aspectos «diagnóstico de una perturbación», «especificidad del tratamiento» y «empeño curativo»- no se admite en esa forma; en este contexto, el concepto de «paciente» es sustituido por el de «cliente». Las perturbaciones no se consideran tanto enfermedades cuanto déficit de percatación y, por igual motivo, falta de crecimiento. Se destaca la responsabilidad del cliente sobre sí mismo: el terapeuta crea un clima en que pueda hacer sus propios descubrimientos y tomar sus propias decisiones; en manera alguna se debe sentir objeto del tratamiento.

### *14.2.2 Fase de la verbalización de sentimientos (década de 1950 hasta mediados de la década de 1960)*

La intensa discusión en torno del «asesoramiento no directivo» (1942), así como la acumulación de estudios empíricos sobre terapias, hicieron que la perspectiva se desplazara de la no directividad al centramiento en el cliente, en el que se consiente al terapeuta un amplio espectro de intervenciones dentro del marco de las variables básicas (véase infra). En el primer plano de esta «psicoterapia centrada en el cliente» (Rogers, 1951) se sitúa el cotejo del cliente con su propio mundo de sentimientos. Tarea del terapeuta es, principalmente, sobre la base de la actitud básica ya descrita en la primera fase, asistir al cliente para que alcance una acrecentada percepción de sí y una reflexión sobre su mundo de sentimientos (autoexploración). Con este propósito, en las intervenciones del terapeuta los intentos de obtener un esclarecimiento cognitivo de los problemas del cliente ceden el paso a una verbalización de sentimientos (y de actitudes valorativas y percepciones ligadas con ellos). En la teoría de la personalidad y del proceso terapéutico propuesta por Roger, el «esquema de sí mismo» es el concepto clave.

En esta fase, se elaboran las tres variables básicas como condiciones necesarias y suficientes de una terapia lograda (Rogers, 1957), a saber: a) apreciación positiva y calidez emocional (aceptación); b) autenticidad (congruencia consigo mismo), y c) comprensión empática (con insistencia técnica en la verbalización de contenidos vivenciales emocionales). Estas tres variables básicas se tratan más adelante en detalle (véase la sección 14, 4).

### *14.2.3 Fase del centramiento en la vivencia (desde mediados de la década de 1960)*

Desde la década de 1960 ha ido perdiendo importancia la pura verbalización de contenidos afectivos que el cliente introduce en la terapia. En cambio, se ha ido destacando la perspectiva de la relación entre terapeuta y cliente dentro del proceso en su concreto ocurrir. Bajo el supuesto de las actitudes y variables básicas de las fases primera y segunda, el centro de gravedad de la intervención terapéutica se pone ahora en no arruinar el contacto intenso entre terapeuta y cliente,

pero sobre todo del cliente consigo mismo, es decir, sus marcos vivenciales, la forma y modalidad de sus percepciones, sentimientos, actitudes y reacciones. Con este propósito se integran en la psicoterapia de diálogo más y más formas de intervención que promueven lo vivencial, como las nociones de «experimentar» y de «enfoco» introducidas por E. T. Gendlin (véase la sección 14, 6).

Estos abordajes destinados a ensanchar las nociones básicas (proceso este que prosiguió de manera todavía más amplia y radical en la década de 1970) se acompañan de crecientes dudas entre los discípulos de Rogers en el sentido de que las condiciones antes formuladas sean en efecto «necesarias y suficientes». Del mismo modo, en la década de 1960 se manifestaron crecientes reservas en cuanto a la significación empírica de la teoría y a su precisión y verificabilidad (p.ej., Ford y Urban, 1963); además, las investigaciones empíricas empezaron a arrojar resultados negativos para la eficacia de las variables básicas (p.ej., Truax, Carkhuff y Kodmann, 1965, o Bergin y Jasper, 1969; un resumen de exámenes críticos se hallará en Mitchell, Borzath y Krauff, 1977; Minsel y Zielke, 1977; Zielke, 1979).

Este aumento de las dudas y críticas -incluso dentro de las propias filas- se explica no en último término por el hecho de que el respeto ganado por el abordaje de Rogers en la psicología clínica y su fuerte defensa de la investigación empírico-experimental (en oposición al psicoanálisis) atrajeron a muchas personas que en manera alguna compartían la cosmovisión filosófica de Rogers: mientras que este acogía en su pensamiento cada vez más perspectivas humanistas o existencialistas/fenomenológicas, crecía el sector de los psicoterapeutas de diálogo que se interesaban sobre todo por los puntos de vista de la teoría del aprendizaje y de la comunicación.

#### *1 4.2. 4 Fase de ampliación e integración (desde la década de 1970)*

Desde hace una década se observa una renovada actividad de innovación respecto de las nociones básicas de la psicoterapia de diálogo, que va mucho más allá de una especificación y un desplazamiento del acento dentro del mismo abordaje (como se podrían interpretar todavía nociones como las de «experimentar» y «enfoco»). Los intentos van dirigidos a adoptar diversos abordajes, perspectivas teóricas y técnicas de intervención de otras variedades psicoterapéuticas, integrándolas en la psicoterapia de diálogo. Una obra importante en este sentido es sin duda el volumen de Wexler y Rice (1974), *Innovations in client-centered therapy*, en el que diecisiete autores discuten modificaciones y ampliaciones de los puntos de vista de Rogers.

Ampliaciones sustanciales han sido propuestas por Martin (1972) con respecto a la teoría del conflicto, por Tscheulin (1975) en orden a la integración de aspectos de la teoría de la comunicación de la escuela de Palo Alto (cf. el capítulo 18) o por Wexler (1974) para nociones de teoría de la información o de psicología cognitiva. También, con miras a una reanimación de la psicoterapia de niños centrada en el cliente (Schmidtchen, 1974) se ampliaron las bases de Rogers y los tempranos abordajes de la terapia de niños de Axline (1972, primera edición norteamericana, 1947), sobre todo, con perspectivas tomadas de la psicología social y del desarrollo. Acerca de la combinación de la psicoterapia de diálogo con casi todas las otras formas corrientes de terapia, Howe hace poco ha presentado dos volúmenes de compilaciones (Howe, 1982x, 1982b), que reflejan con claridad una fuerte tendencia a la integración de diversos abordajes, si bien es cierto que de igual modo hubo decididos pronunciamientos en contra de esa integración de métodos (p.ej., Biermann-Ratjen, Eckert y Schwartz, 1980, quienes incluso en su libro sobre psicoterapia de diálogo, de 1979, presentaron una explicación muy fundada de la acción eficaz de esta terapia, para lo cual, reformulando las perspectivas de Rogers, privilegiaron «el cambio por obra de la comprensión», véase *infra*). Creciente importancia van cobrando los grupos de encuentro centrados en el cliente o grupos de psicoterapia de diálogo, desarrollo este que el propio Rogers anticipó (cf. Rogers, 1974, primera edición norteamericana, 1970; Franke, 1978, y también Tausch y Tausch, 1979).

No obstante esta heterogeneidad extraordinaria que presenta su estado actual de desarrollo, la exposición que sigue acerca de nociones centrales se atenderá fielmente a las concepciones de Rogers de la «terapia centrada en el cliente», aunque tomaremos en consideración las perspectivas, en mi opinión muy fecundas, del centramiento en la vivencia, propuestas por Gendlin, así como las reformulaciones de nociones básicas de la psicoterapia de diálogo de Biermann-Ratjen et al. (1979).

### 14.3 Imagen del hombre y teoría de la personalidad según Rogers

Las exposiciones de Rogers sobre su teoría de la personalidad se entretajan casi siempre con sus experiencias personales y sus ideas sobre la psicoterapia, con su imagen del hombre-humanista, existencial, y sus concepciones de mundo filosófico sobre los procesos de la experiencia, la enseñanza y el aprendizaje; querer dilucidar aquí aspectos singulares equivale a «extraer hilos de un tejido» (Bischof, 1964). Fue en 1951 cuando Rogers expuso y elucidó más explícitamente sus ideas sobre la teoría de la personalidad en la forma de diecinueve tesis (no obstante, muchos le han criticado falta de rigor, en

particular la desunión de teoría y práctica; cf., p.ej., Zimring, 1974; Grunwald, 1976, o Bommert, 1977). Aspectos esenciales de su imagen del hombre se contienen prácticamente en todas sus publicaciones.

Uno de los constructos centrales de la teoría de la personalidad de Rogers es el «sí-mismo», que se diferencia sólo en el curso del desarrollo de la primera infancia a partir de percepciones corporales en interacción con el ambiente. El sí-mismo organiza y estructura por una parte experiencias, y por la otra las desmiente o desfigura, a saber, cuando no guardan relación con él (con la autoimagen). No menos importante es la tendencia a la actualización - según Rogers, inherente a todo organismo-, que «mueve al ser humano en dirección a lo que se define como crecimiento, maduración, enriquecimiento vital» (Rogers, 1983, pág. 491). Pero ella necesita que el medio le ofrezca un clima psíquico y físico adecuado, porque de lo contrario puede agostarse (véase infra). El tercer concepto central es la «incongruencia», la discrepancia entre la vivencia del organismo y su autoimagen. Si la incongruencia es alta, la tendencia a la autoactualización produce conflictos: por una parte, ella sostiene la autoimagen, embellece la imagen que uno tiene de sí mismo pero, por otra parte, el organismo aspira a hacer justicia a sus necesidades. Organismo y sí-mismo esfuerzan entonces en direcciones diferentes, y el conflicto que desde ahí se insinúa es la base de la angustia (cf. Rogers, 1983).

A continuación reproducimos sin comentarios las diecinueve tesis de la personalidad de Rogers (1973, primera edición norteamericana, 1951), que él elucida en detalle. Pero más adelante retomamos muchas de estas perspectivas en conexión con las actitudes terapéuticas básicas y el proceso terapéutico:

- I. Todo individuo existe en un mundo de experiencia que cambia permanentemente, cuyo centro es él.
- II. El organismo reacciona frente al campo tal como él lo experimenta y percibe. Este campo perceptivo es «realidad» para el individuo.
- III. El organismo reacciona al campo perceptivo, como un todo organizado.
- IV. El organismo tiene una tendencia básica a actualizarse, conservarse y acrecentarse en tanto organismo que hace experiencias.
- V. La conducta es en principio el intento del organismo, orientado hacia metas, de satisfacer sus necesidades según lo consiga dentro del campo así percibido.
- VI. Esta conducta dirigida a metas es acompañada y en general es promovida por emociones. Estas guardan relación con la procura de todos los aspectos consumatorios de la conducta, y la intensidad de la emoción se relaciona con la importancia percibida de la conducta para la conservación y elevación del organismo.
- VII. El mejor punto de partida para la comprensión de la conducta es el sistema de referencia interno del propio organismo.
- VIII. Una parte del campo perceptivo total se desarrolla poco a poco hasta convertirse en el sí-mismo.
- IX. Como resultado de la interacción con el medio y, en particular, de la interacción de orden valorativo con otros, se forma la estructura del sí-mismo; se trata de una estructura organizada, fluyente pero plenamente intelectual, de percepciones de características y relaciones del «sí-mismo», junto con los valores que corresponden a esos esquemas.
- X. Los valores inherentes a las experiencias y los valores que son parte de la estructura del sí-mismo han sido experimentados directamente por el organismo, o bien introyectados o tomados de otros, pero en este último caso se los percibe en forma desfigurada, como si hubieran sido experimentados de modo directo.
- XI. Cuando en la vida del individuo emergen experiencias, ellas son a) simbolizadas, percibidas y organizadas dentro de una relación con el sí-mismo; b) pasadas por alto porque no presentan ninguna relación percibida con la estructura del sí-mismo, o bien c) simbolizadas por vía de desfiguración o desconocimiento porque la experiencia no concuerda con la estructura.
- XII. Las modalidades de conducta adoptadas por el organismo son las más de las veces aquellas que concuerdan con la imagen del sí-mismo.
- XIII. La conducta en muchos casos puede ser causada por necesidades y experiencias orgánicas que no han sido simbolizadas. Esta conducta se puede situar en contradicción con la estructura del sí-mismo, pero en estos casos la conducta no es «propia» del individuo.
- XIV. Una inadecuación psíquica se produce cuando el „organismo niega ante la conciencia importantes experiencias sensoriales y corporales, que, en consecuencia, no son simbolizadas ni organizadas en la *Gestan* de la estructura del sí-mismo. Cuando esta situación se presenta, existe una tensión psíquica básica o potencial.
- XV. Existe una adecuación psíquica cuando el esquema del sí-mismo es de suerte que todas las experiencias sensoriales y corporales del organismo son o pueden ser asimiladas en un plano simbólico dentro de una relación de concordancia con aquel esquema.
- XVI. Cualquier experiencia que no concuerda con el organismo o con la estructura del sí-mismo puede ser percibida como una amenaza, y mientras más frecuentes sean estas percepciones, más rígidamente se organizará la estructura del sí-mismo a fin de conservarse.
- XVII. En determinadas condiciones, de las cuales la principal es la total ausencia de amenaza para la estructura del sí-mismo, experiencias que no concuerden con esta serán percibidas, examinadas, y la estructura del sí-mismo será revisada para asimilar e incluir experiencias de esa índole.
- XVIII.** Si el individuo percibe todas sus experiencias sensoriales y corporales, y las recoge dentro de un sistema consistente e integrado, necesariamente será más comprensivo con los demás y en su conducta aceptará más a los otros en tanto individuos.

XIX. A medida que el individuo percibe y acepta más de sus experiencias orgánicas dentro de su estructura del sí-mismo, se encuentra con que sustituye su actual sistema de valores, que en buena parte consiste en introyecciones simbolizadas por vía de desfiguración, por un proceso valorativo organísmico y continuado.

## 14.4 Actitudes básicas del terapeuta

Como ya dijimos, Rogers conceptualizó en 1957 tres actitudes básicas del terapeuta en tanto «necesarias y suficientes» para una terapia constructiva; a menudo se las denomina «variables básicas» de la «conducta del terapeuta». Pero estos conceptos pueden inducir a un malentendido porque Rogers no se propone introducir «variables» de «conducta» (p.ej., en el sentido de la «conducta verbal» de Skinner) como parámetros exactos de una técnica o «método de tratamiento» sino, más bien, describir perspectivas para ofrecer una relación interhumana con miras a producir cambios con eficacia terapéutica. No obstante, en el marco de una concepción más bien técnica de la psicoterapia no rara vez estas actitudes básicas se ejercitan en el entrenamiento técnico como variables de conducta, con la meta de alcanzar los valores más altos que se pueda en las escalas correspondientes.

En lo que sigue, para poner el acento en el abordaje humanista de la psicoterapia de diálogo, no hablaremos de tres (distintas) variables básicas sino de tres aspectos de una actitud de encuentro: terapeuta y cliente se encuentran como compañeros, aunque con demandas diferentes. En este encuentro, el cliente debe poder experimentar que el terapeuta lo acompaña comprensivamente en la exploración de su sí-mismo, lo alienta con su actitud, no lo juzga, y acepta sus problemas sin despojarlo de su responsabilidad sobre ellos. Aunque la insistencia en «tres aspectos de una actitud de encuentro» está aquí referida al contenido y es de orden puramente fenomenológico, parece conservar todo su sentido en orden a los descubrimientos empíricos: siempre arrojan los tres -entendidos como «variables» de «conducta»-, según Tausch (1973, pág. 121); una correlación de 0,70, es decir, tan elevada como rara vez se la encuentra en este dominio (cf. también, p.ej., Wiggins, 1973, y Grunwald, 1976, que por lo demás cuestionan la división en tres variables).

### *14.4.1 Estimación positiva y calidez emocional*

Este aspecto complejo de la actitud de encuentro se ciñe también por medio de conceptos como «aceptación» o «respeto». Se trata de la medida en que el terapeuta puede y quiere vivir al cliente como un prójimo y entregarse a un encuentro existencial con él, sin incluirlo en categorías valorativas o de utilidad sobre la base de sus acciones, cualidades y palabras. Lo esencial entonces es saber si el terapeuta ha podido ver en el cliente al ser humano, o si (a causa de sus propios problemas, de esquemas aprendidos, etc.) es capaz de reaccionar sólo de un modo esquemático frente a un haz de roles, acciones, palabras. Esta aceptación incondicional del cliente en manera alguna significa aplaudir sus acciones ni compartir sus actitudes. Más bien se refiere al hecho de poder sentir, más allá de estas estructuras de superficie, un hondo respeto frente a la vida humana y su diversidad, tal como se manifiesta en el ser-así individual del cliente. En este contexto, Rogers habla de «amor en el sentido del concepto teológico de "ágape" [ . . . ] un sentimiento que no es de cuidado patriarcal, ni es sentimental, ni una amabilidad superficial» (Rogers, 1962, citado según Tausch y Tausch, 1979, pág. 67). Parece más que dudoso que estas sensaciones se puedan «enseñar» o «aprender» y que admitan «entrenamiento» (en el sentido usual de estas palabras, p.ej., en cursos universitarios). La estimación positiva y la calidez emocional se manifiestan en el plano de la conducta siquiera en el hecho de que no se intente imponer al cliente las opiniones y valoraciones del terapeuta, no se le den consejos ni se le hagan recomendaciones, etc. Con miras a la investigación empírico-estadística, Truax (1962) ha esbozado una «escala» de cinco grados, con arreglo a la cual el observador puede incluir su valoración del terapeuta respecto de estas variables en una categoría, y expresarla en la forma de un número.

Un terapeuta que experimente íntimamente esa estimación positiva del cliente y pueda ir a su encuentro con calidez emocional, despertará sentimientos parecidos en el cliente respecto de su sí-mismo, de manera que pueda aceptarse y respetarse mejor (Biermann-Ratjen et al. llaman a esto «establecimiento de un objeto interno empático»). También el cliente aprende así a diferenciar entre su valor como ser humano y la valoración de sus acciones.

### *14.4.2 Autenticidad*

Para esta segunda actitud de encuentro, como para la primera, existe una serie de otros conceptos: «congruencia o sinceridad consigo mismo», «no tener fachada» o «autointegración». Esto presupone, en el sentido de la filosofía humanista, una personalidad madura que no se oculte tras fachadas, muletillas retóricas o roles, y que no tenga actitudes de defensa neurótica o angustiada frente a sus propios sentimientos y percepciones, sino que esté dispuesta a vivirse a sí misma y a internarse en la situación. Aquí se trata entonces de «totalidad» (en el sentido de la psicología humanista) y de veracidad del terapeuta en la relación; él experimenta su conciencia presente y se expresa de manera auténtica en la

comunicación. También en este caso interesa la sustancia humana del terapeuta, no una técnica en la que se pueda haber entrenado.

La autenticidad se exterioriza en el plano de la conducta siquiera en el hecho de que, p.ej., los contenidos de una preferencia coincidan con el tono de la voz, la mímica, la gestualidad, etc., y que se pueda recurrir de manera espontánea a un vasto espectro de reacciones. También para esta variable se ha elaborado y propuesto una serie de escalas, p.ej., Truax (1962) o Carkhuff (1969).

La autenticidad del terapeuta posibilita la confianza de parte del cliente, puesto que aquel se vuelve transparente y el cliente puede experimentar de manera no verbal/analógica lo que oye de verbal/digital en las comunicaciones. Ahora bien, sólo esa confianza en el terapeuta le permite franquearse y volverse hacia su propia persona haciendo investigación de sí en vez de mirar lleno de prevenciones al interlocutor.

#### *1 4. 4. 3 Comprensión empática*

Otros conceptos para este aspecto del encuentro son «empatía», «entendimiento» o «no enjuiciamiento». Desde el punto de vista de la técnica de la intervención, esta variable se denomina «verbalización de contenidos vivenciales emocionales». Se trata de que el terapeuta, partiendo de la actitud que antes hemos descrito, se empeñe en comprender al cliente en su vivencia (y en las actitudes valorativas, los motivos, los deseos y las angustias asociados a aquella); en la bibliografía esto se suele explicar diciendo que es preciso ver el mundo del cliente con los ojos de este o dentro de sus propios marcos de referencia. Estas descripciones contienen empero el peligro de inducir a malentendidos. Así, Davison y Neale (1979, pág. 495), partiendo de un «paradigma enteramente diferente», señalan el «problema de lógica de la ciencia» que plantea saber «cómo un terapeuta puede llegar por inferencia a procesos internos de los cuales al parecer el cliente no tiene conciencia». Por ese motivo hay que insistir en que la «comprensión empática» no se refiere a una perspectiva estadístico diagnóstica sino a un proceso dinámico que se basa en un ofrecimiento de relación (cha Biermann-Ratjen, Eckert y Schwartz, 1979) en que al comienzo tanto para el cliente como para el terapeuta son desconocidos casi todos los «procesos internos» del cliente. El empeño de comprensión empática, la señalización del trabajo en común y la experiencia de ser comprendido (parcialmente) infunden al cliente el ánimo para explorar sus «procesos internos» poco a poco, en un largo proceso en que es acompañado por el terapeuta.

La verbalización de contenidos vivenciales emocionales, que es el componente de intervención técnica de este tercer aspecto del encuentro, es lo más susceptible de «entrenamiento» pero, sin las dos perspectivas mencionadas en primer término, y sin la concepción de fondo que acabamos de esbozar, no es más que una técnica impuesta cuyo efecto terapéutico positivo es por lo menos dudoso. En lo sustancial, se trata de que el terapeuta devuelva al cliente, con sus propias palabras y como en realimentación permanente, aquello que de los contenidos vivenciales de aquel ha comprendido. El acento recae aquí sobre «contenidos vivenciales»; se trata en particular de sentimientos, sensaciones, experiencias y percepciones ligadas con valoraciones. El terapeuta no «espeja» entonces las preferencias del cliente (como a menudo se lo entiende desacertadamente) sino que procede de modo en extremo selectivo recogiendo sólo aquellos contenidos afectivos y vivenciales que oye resonar a partir de los enunciados del cliente.

Es verdad que cuando tal hace, el terapeuta tiene que obrar de la manera menos interpretativa posible, es decir, no remitiéndose a una «grilla» abstracta terapéutico/diagnóstica; en efecto, aquella realimentación del terapeuta se tiene que documentar a partir de las preferencias del cliente (aunque es cierto que siempre queda un resto de interpretación). Biermann-Ratjen et al. (1979) han destacado, por medio de ejemplos analizados en detalle, la importancia que tiene para la verbalización del terapeuta tomar en cuenta el marco de referencia del cliente. :Mientras más consiga asir lo que se esconde tras los enunciados del cliente en orden a experiencia personal, modalidades de vivencia y perplejidad, tanto más adecuadamente podrá comunicar esta comprensión al cliente. Por lo tanto, el entrenamiento en la forma de expresión verbal se dirige sólo a un fenómeno superficial; lo esencial es que el terapeuta pueda percibir y comprender el espectro de los sentimientos y las vivencias del cliente, y lo conseguirá tanto menos en la medida en que no sepa percibir sus propios sentimientos y vivencias, y en que oblitere de manera neurótica determinados aspectos de su propio vivenciar.

Es por lo tanto esencial para la formación de un terapeuta que haya alcanzado una amplia experiencia de sí mismo o que haya pasado por una terapia propia -comparable con el análisis didáctico- para elaborar sus problemas, cristalizaciones, posturas defensivas, prejuicios, etc., que le harían percibir las manifestaciones del cliente a la luz de sus propios problemas y encuadres, y le impedirían un libre encuentro. Sólo desde esta concepción de fondo pueden resultar útiles las perspectivas formales de la intervención terapéutica como se las encuentra expuestas, p.ej., en Minsel (1974). Minsel hace indicaciones como esta: intervenir con la mayor frecuencia que se pueda, utilizar formulaciones breves, concretas, intuitivas, evitar las ambigüedades, etcétera.

El aspecto «comprensión empática», al menos en sus componentes más visibles, es el que mejor se presta a ser observado como «variable de conducta». Por lo mismo, la verbalización de los contenidos vivenciales emocionales se ha sometido con la mayor frecuencia a investigación empírica. Son muchas entonces las «escalas» propuestas para aprehender categorialmente esta conducta y para apresarla en términos numéricos. Pero las más citadas en la bibliografía son una escala de cinco niveles, debida a Carkhuff (1969), y una de seis (si bien esta va de uno a doce, sólo cada segunda categoría

tiene pertinencia verbal), perteneciente a Tausch, Eppel, Fittkau y Minsel (1969); y ligeras variantes de estas. Para explicarlo de manera muy aproximada, ellas van de «no se registran sentimientos», pasando por «se verbalizan sentimientos triviales», a «se verbalizan todos los contenidos esenciales personales-emocionales de las vivencias».

Anotemos, para concluir, que en la bibliografía sobre la psicoterapia de diálogo se examina además una serie de «variables no clásicas del terapeuta» (Rieger y Schmidt-Hieber, 1979, ofrecen un panorama sobre este punto); entre otras, «concreción específica» (cf. Truax y Carkhuff, 1964), «empeño activo (y participación íntima)» así como «confrontación» (cf. Bommert, 1977, pág. 73 o pág. 51), «interpretación» (Howe, 1962, cf. Tausch, 1973, pág. 159), «especificidad» (Helm, 1972, pág. 39), «autoofrecimiento» (Carkhuff, 1969), «*Likability*» («simpatía y afecto», cf. Tausch, 1973, pág. 152), «actividad lingüística» (Minsel et al., 1973), «interesarse por el estado del momento» (Mitchell y Mitchell, 1968) y «potencia persuasiva» (despertar confianza y esperanza, Frank, 1961). Esta abundancia no deja de ser un indicio de lo extraordinariamente complejos que son los constructos de Rogers y de lo difícil que es reducirlos al plano de unas «variables» susceptibles de observación empírica.

## 14.5 Los deterioros psíquicos y el proceso terapéutico

En consonancia con la teoría de la personalidad de Rogers, una relación terapeuta-cliente que en lo esencial se caracterice por los tres aspectos que acabamos de exponer es capaz de desencadenar un proceso que libere las fuerzas de autocuración y autoactualización cegadas en el individuo. En un clima de respeto, autenticidad y comprensión, el cliente, gracias a la liberación de esas fuerzas, desarrolla más autonomía (en lugar de dependencia), autoaceptación y autorrespeto (en lugar de autorrechazo y denigración), percatación de su vivir (en lugar de desfiguración), flexibilidad (en lugar de rigidez) y creatividad osada (en lugar de una restricción conservadora angustiada y una adaptación excesiva). Estos conceptos caracterizan al mismo tiempo la meta terapéutica que se alcanza sobre la base de la tendencia a la autorrealización: la *fully functioning person*. Parece conveniente una breve reflexión sobre este problema, a saber, cómo puede cegarse en el ser humano esta poderosa fuerza impulsiva, la tendencia a la autorrealización.

Puntos de vista esenciales acerca del deterioro psíquico se recortaron ya en las tesis sobre la personalidad (tesis X, XI, XIII, XIV, XVI, XVII): un sentimiento positivo puede existir mientras la estructura del sí-mismo, es decir, «la organización de hipótesis para el encuentro con la vida» (Rogers), resulta lograda en correspondencia con el ambiente. Las tensiones concientes son mínimas puesto que no aparece un material contradictorio capaz de cuestionar lo apropiado de las funciones. Pero puede suceder que los conflictos interiores aumenten porque la estructura del sí-mismo existente deje de ser adecuada (Rogers presenta el ejemplo de un alumno sobresaliente de una ciudad pequeña, que se percibe él mismo como «brillante», pero que en la universidad se enfrenta con experiencias que no se corresponden con su anterior autoimagen). Las percepciones amenazadoras para la estructura son desmentidas, desfiguradas o simbolizadas de manera inadecuada (cf. las tesis ya transcritas). Si no media una relación que corresponda a la relación terapéutica en el sentido ya definido, a partir de cierta cuantía de la amenaza se puede instalar un proceso patológico en que desfiguraciones perceptivas conduzcan a estrechamientos cada vez mayores de la vivencia, y estos, a su vez, refuercen las desfiguraciones o, al menos, las mantengan. La tendencia a la autoactualización, en el caso de «la *Gestalt* rígida, tiesa, que es típica de toda organización amenazada» (Rogers), permanece igualmente petrificada en su eficacia viviente.

Biermann-Ratjen *et al.* (1979), y después Biermann-Ratjen y Eckert (1982), y Hübner (1982), entre otros, han procurado elaborar un modelo del desarrollo con inspiración en la psicología profunda, que hace remontar esas desmentidas y desfiguraciones a situaciones problemáticas de experiencias de la niñez temprana en que (durante el desarrollo del sí-mismo) personas significativas manifestaron una incompreensión no empática, omisiva.

A causa de la gran dependencia en que se estaba del respeto y el aprecio, las experiencias que pusieron en peligro ese aprecio se desmintieron (como en la obra de Alice Miller, *No repararás en ello*, 1981); el niño en lo sucesivo siente y percibe lo que los padres quieren, salvo que desfigura/desmiente las experiencias en que se pudiera sentir despreciado y humillado. Pero «el peligro, la tragedia, no está en los dolores de la primera infancia; el peligro se encuentra en que a un ser vivo se le vede el acceso a sus propias experiencias, entre las que se cuentan los dolores» (Biermann-Ratjen y Eckert, 1982, pág. 38). Con posterioridad, estas experiencias tempranas pueden actualizarse y desencadenar el proceso antes descrito; es lo que ya Rogers (1951 y 1973) elucidó con su reflexión de que si en culturas homogéneas las percepciones «no realistas» pueden mantenerse en buena medida sin volverse problemáticas, «en nuestra cultura moderna, con sus subculturas conflictivas y sus metas, percepciones y valores contradictorios, el individuo está expuesto a caer en la cuenta de las discrepancias de sus percepciones» (*ibid.*, pág. 182).

Ahora bien, con el ofrecimiento de la relación terapéutica ya descrita, el cliente experimenta una liberación de la amenaza, se siente aceptado en sus dudas, en sus vagas percepciones de sí mismo y en sus inseguridades. Y son igualmente aceptados los aspectos de su sí-mismo que él va liberando y declarando con precaución. Con ello salen a la luz experiencias y percepciones amenazantes, a raíz de las cuales el cliente provisionalmente retrocede a su *Gestalt* anterior, cómoda. Pero entonces poco a poco y con cautela empieza a recoger estas experiencias angustiosas y contradictorias en una estructura nueva y revisada (*ibid.*, pág. 183).

Rogers ha descrito en varias ocasiones diferenciadamente este proceso terapéutico -como «proceso de la desorganización y la reorganización»-, p.ej., 1972 (1951), págs. 181-6, o 1976 (1961), págs. 136-62; en este sentido ha propuesto además una escala de proceso de siete niveles (Rogers, 1958, y también 1976), en la que el desarrollo es aprehendido categorialmente a su vez por medio de siete variables de proceso. Se tienen entonces  $7 \times 7 = 49$  categorías, que empero Tomlinson y Hart (1962), por reunión de los niveles I/II, III/IV y VI/VII, han reducido a  $7 \times 3 = 21$ ; otra reducción fue emprendida por Truax (1966), quien reunió las siete variables de proceso en una sola, la «autoexploración»; se trata de una escala que se ha aplicado con frecuencia en la investigación de los resultados de la terapia. En lo que sigue caracterizaremos las modificaciones alcanzadas en el proceso terapéutico aproximativamente sobre la base de las siete variables de proceso, en cada caso con sus dos niveles extremos (cf., p.ej., Tausch, 1973; Pfeiffer, 1975):

1. Sentimientos y opiniones afectivo-personales no se expresan ni se disciernen en el nivel I, mientras que en el nivel VII se los experimenta y manifiesta de manera inmediata cuando se presentan;
2. la modalidad de experiencia es, en el nivel I, rígida, poco conciente, los significados apenas se simbolizan, el presente es interpretado en relación con el pasado, mientras que en el nivel VII el cliente vive en el proceso de la experiencia presente inmediata de manera libre, aceptándola;
3. en el nivel I, el cliente es en buena medida incongruente sin darse cuenta; en los niveles intermedios lo suele advertir; en cambio, en el nivel VII rara vez se manifiestan incongruencias;
4. una comunicación sobre el sí-mismo falta por completo en el nivel I, mientras que ella es posible en todo momento en el nivel VII, puesto que el sí-mismo se ha vuelto inherente al vivenciar inmediato;
5. la estructuración cognitiva del espacio de la experiencia es, en el nivel I, rígida y se la comprende en el sentido de los hechos exteriores, mientras que en el nivel VII las estructuras son flexibles, pueden ser aplicadas de manera tentativa y ser modificadas por cada experiencia nueva;
6. en el nivel I los problemas no son discernidos, falta el deseo de cambio, mientras que en el nivel VII los problemas y el aporte que uno mismo hace a ellos se perciben claramente, y se acepta la propia responsabilidad.
7. las relaciones con otras personas se evitan por peligrosas en el nivel I, mientras que en el nivel VII se buscan relaciones francas y libres sobre la base de la experiencia directa.

Los extremos que hemos anotado sirven únicamente como orientación: el propio Rogers señala que una persona que se encuentra en el nivel II en orden a todas las variables de proceso, presumiblemente no estará dispuesta a entrar en terapia, pero que en el nivel VII una persona ya estaría más allá de la terapia. Biermann-Ratjen et al. (1979, pág. 100) apuntan en este sentido que los niveles I a VII no se deben entender como fases de la terapia y tampoco como fases de maduración, sino como «estadios que un ser humano recorre cuando quiere acceder a su propio sentir, que para él es por alguna razón importante pero del que está segregado». Frente a cada nuevo problema que se le presenta en la terapia, son posibles entonces «retrocesos» a los niveles anteriores. Los autores caracterizan la psicoterapia de diálogo como un proceso «en que el cliente, desde la relación que mantiene consigo mismo, y que él u otros viven como deficitaria, insatisfactoria, rígida, etc., pasa a otra relación consigo mismo que es idéntica a la relación que le es ofrecida por los psicoterapeutas de diálogo» (*ibid.*, pág. 36).

#### 14.6 «*Experiencing*» y «*focusing*»

Para concluir mencionaremos una ampliación (o diferenciación) sustancial del abordaje «clásico» de la terapia de diálogo, que guarda plena armonía con esta y que ha sido elaborada también en unión con Rogers. Nos referimos a las nociones de «*experiencing*» y de «*focusing*», introducidas por Gendlin (1961, 1964, entre otros trabajos).

*Experiencing* (experienciar) es ante todo un constructo teórico creado en el afán de mejorar la ya citada escala de proceso de Rogers, sobre todo para acrecentar su validez y tomar en cuenta las elevadas intercorrelaciones entre las variables de proceso. *Experiencing* caracteriza entonces una escala con la que se procura reducir el proceso terapéutico a un aspecto central, la vivencia afectiva inmediata del cliente. (El manual norteamericano pertenece a Klein, Mathieu, Gendlin y Kiesler, 1969; versiones alemanas, entre otros, en Pfeiffer, 1974; Bommert y Dahlhoff, 1978.) Entretanto, la noción de *experiencing* se ha convertido en el núcleo de una teoría autónoma de la modificación de la personalidad (cf. Gendlin, 1978) o aun de una orientación terapéutica autónoma, bajo la denominación de «psicoterapia experiencial» (Gendlin, 1973), que no consideraremos en detalle en este libro. Dahlhoff y Bommert (1978, pág. 65) proporcionan la siguiente definición de *experiencing*:

«*Experiencing* designa el vivenciar concreto de un individuo, en su decurso instantáneo, en que la atención se dirige a un objeto vivencial sentido, subyacente. Este objeto no necesariamente tiene que ser aprehensible por completo en el plano verbal, sino que para el individuo es más bien una relación corporalmente perceptible: un significado personal, sentido, presente de manera inmediata, de cosas y vivencias».

Elemento sustancial es el «significado sentido» (*felt meaning*), o sea, un objeto vivencial implícito, todavía no simbolizado por medio de palabras (que yo sepa, no se ha establecido la conexión con la investigación de los hemisferios cerebrales, en este caso con el hemisferio derecho, es decir, con los diversos sistemas de representación de la «programación neurolingüística», cf. el capítulo 20, 1). Los propios autores resumen del siguiente modo la versión alemana de la escala en siete niveles (Dahlhoff y Bommert, 1978) :

a. Niveles 1 a 3: los roles del hablante en el sentido del *experiencing* no se registran o el punto de vista del hablante queda fuera de su vivenciar inmediato (como si otra persona fuera la que informara).

b. Niveles 4 a 7: la consideración de los contenidos mencionados se hace desde un punto de vista interior, es decir, situado en el sentir y vivenciar inmediatos. Se describe una medida creciente de intensidad y cambio del significado sentido.

Es evidente la relación que esto tiene, según ya dijimos, con la escala de proceso de Rogers, pero también que se abre aquí una posibilidad de enriquecimiento de la intervención del terapeuta, instalada en el marco de la terapia de diálogo y conciliable por entero con las actitudes básicas de la terapia centrada en el cliente según las hemos expuesto: el cliente es así exhortado a profundizar en su vivencia. Este proceso, caracterizado por Gendlin (1970, 1978, entre otros trabajos) como *focusing* (centramiento, concentración), se divide en las cuatro fases que siguen (cf. también Bense, 1979) :

1. Referencia directa (*direct reference*): como primer paso, el cliente dejará de lado su juicio «sobre sí mismo y sobre cómo es él» y se concentrará en algo que vivencia inmediatamente. Esto vivenciado no puede ser todavía expresado con claridad por el cliente, quien a menudo se refiere de manera vaga a «esto».

2. Despliegue (*unfolding*): desde ese vago «esto» nace un sentimiento de «yo tengo esto», que a menudo produce sorpresa en la persona. Aun en los casos en que el objeto vivencial no es apreciado de manera positiva, los informes del cliente y las mediciones fisiológicas muestran que sobreviene una reducción de la tensión: análogo esto a la expectativa angustiada, con frecuencia se prefiere una vivencia desagradable antes que soportar la incertidumbre.

3. Aplicación global (global *cappliation*): el cliente obtiene un acceso directo a diversos dominios vivenciales. Objetos del sentimiento que antes parecían separados tal vez se enlacen por obra de la modificación del significado sentido. Gendlin señala que esto no es *insight* en el sentido corriente (uno piensa más bien en el «intuir» de C. G. Jung, cf. el capítulo 4).

4. Cambio del marco de referencia (*referent movement*): tras las fases 1 a 3, se rastrean nuevos contenidos implícitos de significación del objeto vivencial, los antiguos pasan a un segundo plano. El objeto antiguo ha sido modificado en virtud de este proceso, a menudo para asombro del cliente. Se presenta un nuevo significado sentido, y el proceso de las cuatro etapas puede recomenzar.

Gendlin señala que estas cuatro fases no siempre se pueden deslindar con claridad, y tampoco trascurren siempre en la secuencia indicada. Diversos autores han intentado ya aprehender la capacidad de *focusing* como una variable de personalidad en el sentido de la psicología diferencial (p.ej., VandenBos, 1973). En este contexto, es muy interesante que el *focusing* se pueda asociar con la verbalización de emociones vivenciales. Ya en 1951, Rogers había ofrecido esta formulación: «Para que la conducta se modifique se tiene que experimentar un cambio de percepción. Esto no se puede sustituir por un discernimiento intelectual» (Rogers, 1972, pág. 208). Y el *fo~ing* podría reforzar este proceso.

## 15. Variedades: logoterapia (Frankl) y psicodrama (Moreno)

En este capítulo expondremos brevemente dos corrientes terapéuticas que sólo condicionalmente se pueden subsumir en los abordajes humanistas. Ambas se desarrollaron y establecieron ya en la década de 1930, con independencia del psicoanálisis, e influyeron sustancialmente sobre el desarrollo de una serie de corrientes posteriores.

La «logoterapia» de Viktor Frankl se centra en el sentido de la existencia humana. Está muy próxima a los abordajes humanistas por su intención, expresada ya en la década de 1930, de rehumanizar la psicoterapia, así como por su base filosóficoantropológica y fenomenológico-existencialista (aquí no podemos entrar a elucidarla). Su modelo de las neurosis, que pesquiza causas y efectos, y diferencia entre factores somatógenos y psicógenos, se sitúa de modo bastante definido dentro del cuadro nosológico médico-psiquiátrico, si bien es cierto que la «neurosis noógena» -el padecimiento producido por la ausencia de -sentido o el «vacío existencial», véase infra-, descubierta por la logoterapia, hace estallar aquellos marcos clásicos. Por último, con las formas de intervención logoterapéuticas, en particular con la «intención paradójica» y con la «derreflexión» (véase infra), Frankl propuso -adelantándose varias décadas- nociones más bien sistémicas y de terapia de la conducta (en particular en su variante cognitiva) que hoy se cuentan entre los abordajes de intervención más novedosos.

La importancia de la obra de Iacov Moreno (que va mucho más allá del «psicodrama») para el desarrollo de las psicoterapias humanistas se mencionó brevemente ya en el capítulo introductorio de esta Tercera parte. El concepto de «psicodrama» se aplica en diferentes planos de significación: por una parte, en sentido estricto, denota un procedimiento terapéutico que consiste en «una representación escénica espontánea de conflictos interpersonales e intrapsíquicos, con la mira de que se vuelvan visibles dentro del encuadre terapéutico, se los pueda revivir y modificar» (Leutz y Engelke, 1983, pág. 1008). El «psicodrama» en sentido lato abarca además la llamada «sociometría» -método destinado a capturar y figurar relaciones sociales- la «psicoterapia de grupos», cuyos conceptos fundamentales elaboró Moreno ya a comienzos de la década de 1930, aplicándolos en instituciones como cárceles y sanatorios psiquiátricos (cf. Moreno, 1932). La breve exposición del psicodrama que ofrecemos a continuación del tratamiento de la logoterapia tendrá que limitarse a unas pocas concepciones terapéuticas.

## 15.1 Logoterapia (Frankl)

### 15.1.1 *La persona de Frankl*

En sus rasgos esenciales, la logoterapia fue elaborada por Viktor E. Frankl (nacido en 1905) ya en las décadas de 1920 y 1930. Frankl (1973) refiere que en 1926 empleó el concepto de «logoterapia» en conferencias públicas; sólo desde 1933 utilizó el concepto de «análisis existencial», que es otra designación de la logoterapia. La palabra griega «logos» tiene muchos significados; dentro del contexto de su abordaje, Frankl la traduce por «sentido». El «padecimiento por falta de sentido de la vida» (es el título de uno de sus libros), la «neurosis noógena» (véase infra), es uno de los principales problemas a que se dedica la logoterapia. Pero no se trata tanto de explícitas «crisis filosóficas» cuanto de fobias, compulsiones, manías, etc., que tienen por base ese «vacío existencial».

Frankl pasó la mayor parte de su vida en su ciudad natal, Viena. En el capítulo 1 mencionamos ya su intenso intercambio epistolar con Freud, su participación en la «Asociación de Psicología Individual» de Adler, así como su exclusión de esta en 1927. Tras graduarse de médico, Frankl trabajó primero en la clínica psiquiátrica de la Universidad, y después, durante cuatro años, en el sanatorio psiquiátrico de Viena «Steinhof», como director del «pabellón de las suicidas». Su experiencia con unas doce mil suicidas durante ese tiempo aguzó su mirada diagnóstica y sin duda fue decisiva para su elaboración del concepto de «neurosis noógena». Tras la «anexión» de Austria al «Tercer Reich», quedó expuesto, en su condición de judío, a la persecución nazi, aunque al comienzo creyó que su posición de clínico en jefe los pondría a salvo a él y a su familia. Se quedó entonces en Viena junto con esta, no obstante tener visado para viajar al exterior. Pero con ello no hizo más que dilatar el momento en que su familia y él mismo serían deportados. Tres años pasó en diversos campos de concentración, pero en 1945 regresó a Viena; sus padres y su hermano fueron asesinados en Auschwitz, y su esposa en Bergen-Belsen -tenía 25 años-: experiencias estas que sin duda quitan todo carácter de mera conceptualización académica al tema central de Frankl, la pregunta por el sentido.

Terminada la Segunda Guerra Mundial, Frankl no sólo trabajó como profesor de neurología y psiquiatría en Viena sino que al mismo tiempo se desempeñó como profesor de logoterapia en la Universidad de San Diego (California) y durante ciertos períodos fue profesor en Harvard, en Stanford y en las Universidades de Dallas y de Pittsburgh. Sus casi treinta

libros se han traducido a diecisiete idiomas; giras de conferencias en casi doscientas universidades, varios doctorados *honoris causa* en los Estados Unidos y un Congreso Mundial de Logoterapia realizado en California dan testimonio del reconocimiento internacional alcanzado por él. En este sentido, señalemos que la logoterapia de Frankl suele ser caracterizada como la «tercera escuela vienesa» de psicoterapia (junto al psicoanálisis de Freud y a la psicología individual de Adler). Parece oportuno destacar estos hechos porque la logoterapia en Alemania en ocasiones pasa inadvertida: en el volumen de reciente aparición *Grundbegriffe der Psychotherapie [Conceptos fundamentales de. La psicoterapia]* (Bastine et al., 1982), sobre ciento doce artículos dedicadas a variedades de terapia ninguno es de Frankl ni se refiere a su logoterapia; además, en un panorama histórico elaborado por Ludwig Pongratz (quien en su manual de 1973 había reconocido el aporte de Frankl a la psicoterapia), se lo cita sólo dos veces al pasar. En la obra en dos volúmenes de Corsini (1983), que tiene más de mil quinientas páginas, trata de setenta variedades de terapia e incluye un índice con más de mil nombres propios, encontramos citado a Frankl una sola vez, en una oración incidental. (Tal vez sirva de consuelo a Frankl que las dos obras citadas en último término desconocen igualmente a C. G. Jung y su psicología analítica.) Es evidente que Frankl ha omitido dedicar mucho tiempo a institutos de formación donde didactas, a cambio de buen dinero, forman a otros •didactas•, y adoptan una estrategia propagandística de estilo norteamericano. Bajo las condiciones del actual psico-boom, su grandeza serena parece suscitar escasa atención.

### 15.1.2 La neurosis noógena y otras formas de neurosis

Frankl refiere que los problemas que movían a las personas a solicitar asesoramiento y a ponerse en tratamiento psicoterapéutico cambiaron de manera notable durante los más de cincuenta años de su permanencia en Viena: al comienzo del siglo se trataba sobre todo de problemas sexuales, pero después cobraron prominencia los problemas suicidas, «un no a la pregunta por el sentido» (Frankl), siguiéndoles en orden de importancia los problemas sexuales y de adicción; estas comprobaciones del aumento de la falta de sentido de la vida coinciden con las recogidas en otras naciones industriales (de Occidente y Oriente) y de igual modo en algunos países en desarrollo (c.º. Frankl, 1981, pág. 23, donde se incluyen las referencias de investigaciones sobre la cuestión).

En sustancia, he aquí la explicación de Frankl para la etiología de esta «neurosis de masas»: «A diferencia de lo que le sucede al animal, al hombre ningún instinto le dice lo que es preciso hacer, y a diferencia de lo que le sucedía al hombre de épocas anteriores, ninguna tradición le dice lo que se debe hacer; y ahora él parece no saber con certeza lo que de verdad quiere. Por eso ocurre que sólo quiera lo que otros hacen -y entonces tenemos el conformismo- o bien que sólo haga lo que otros quieren, lo que quieren de él -y entonces tenemos el totalitarismo- (*ibid.*, pág. 24). Con el concepto de «neurosis noógena» (del griego *noos* = el espíritu humano), Frankl designa un tercer resultado posible, que consiste en una enfermedad psíquica. Caracteriza así a una afección psicógena que no se origina «en complejos y conflictos en el sentido corriente» sino en el sentimiento de que nada tiene sentido, en el vacío existencial, y también en conflictos de la conciencia moral y colisiones de valores. A la disolución de las tradiciones que vinculan al individuo se suma que el aumento del tiempo libre no se ha visto acompañado de la selección de fines nuevos capaces de sustituir al sentido inmediato del trabajo: «Cuando la gente llega a tener lo suficiente para vivir, se advierte que no sabe para qué habría de vivir» (*ibid.*, pág. 34).

En conexión con esto, Frankl aduce una serie de tests elaborados en diversos institutos para la averiguación diagnóstica de la neurosis noógena y la medición de la «frustración existencial». Investigaciones llevadas a cabo en diversos países sobre la base de estos tests han arrojado el resultado coincidente de que la participación de las neurosis noógenas llega al 20% del total de neurosis (cf. Frankl, 1981, pág. 25). Pero al mismo tiempo Frankl advierte (cf. 1977, pág. 87) que no se debe incurrir en la generalización de decir que toda frustración existencial ha de desembocar en una neurosis noógena y que toda neurosis noógena se origina en la desesperanza.

Además de 1) la neurosis noógena, que constituye un descubrimiento específico de la logoterapia, Frankl distingue 2) «neurosis somatógenas», que responden a causas físicas con efectos en el dominio psíquico; 3) «enfermedades psicosomáticas», que son de desencadenamiento psíquico pero se acompañan de noxas físicas; 4) «neurosis reactivas», que de igual modo son soportadas en común por la psique y el cuerpo, y cuyos síntomas principales, a diferencia de lo que ocurre en el caso de las enfermedades psicosomáticas, son de naturaleza psíquica, y 5) «neurosis psicógenas, que son de causación psíquica (pero que también pueden tener efectos físicos). Esta clasificación deja ver con claridad en Frankl al médico más bien conservador que se pronuncia decididamente, en la conceptualización de las enfermedades, en favor de una separación en «causas» y «efectos» (cf., en contra de esto, las concepciones sistémicas que se exponen en los capítulos 17 y 18). La logoterapia ha elaborado diversos abordajes terapéuticos para estas cinco formas de la neurosis.

### 15.1.3 Modulación de la actitud y derreflexión

Aunque el «sentido» es la categoría central de la neurosis noógena, «desde luego [ . . . ] está fuera de cuestión que la logoterapia pueda impartir un sentido a la vida del paciente. Lo tiene que encontrar por sí mismo de manera autónoma» (Frankl, 1982, pág. 183). El terapeuta puede ayudar al paciente a ponerse en busca de un sentido para su vida pero no le puede recomendar «tener una voluntad de sentido» porque este acto de volición no puede a su vez ser querido. Lo que sí procura el terapeuta es suscitar en el paciente la convicción de que vale la pena un compromiso personal con determinados

contenidos y de que aun en condiciones malas (sociales, económicas o físicas) se puede encontrar un sentido para la vida, aunque únicamente sea, en el caso extremo, sobrellevar con dignidad el destino y dominar el sufrimiento. El terapeuta se vale para ello de un amplio espectro de intervenciones concretas, p.ej., «conversaciones de búsqueda del sentido» o «diálogos socráticos» en los que son interpeladas ciertas posiciones del paciente por medio de preguntas atinadas. Pero en este terreno lo esencial es la capacidad del buen terapeuta, destacada por Frankl, de improvisar y no confiar en métodos estereotipados. Lukas (1980, 1984) resume bajo la designación de «modulación de la actitud el conjunto de estos abordajes de intervención indicados, según Frankl, para la neurosis noógena (objetivo principal: descubrir un sentido), la neurosis reactiva (objetivo principal: modificar las definiciones negativas de sí mismo) y la neurosis somatogena (objetivo principal: dominar el sufrimiento).

En el caso de perturbaciones funcionales psicósomáticas (y del insomnio), así como de algunas neurosis psicógenas -en particular las neurosis sexuales-, la intervención en logoterapia se rige por la llamada «derreflexión»; en efecto, problemas sexuales, insomnios y síntomas semejantes con frecuencia se producen por prestar atención desmedida a ciertos fenómenos, o sea, a causa de una «hiperreflexión». Si, p.ej., en el comercio sexual la persona tiene fijo su pensamiento «en no fracasar» y/o quiere a toda costa imponerse un orgasmo («hiperintención»), no es raro que justamente se produzca, como en un círculo vicioso, aquel síntoma que se quería evitar; en nuestro ejemplo, el curso espontáneo del acto sexual resultará perturbado justamente por el exceso de atención y de intención.

La derreflexión consiste entonces en no prestar atención al síntoma, desviándola de él. Desde luego que esto no es posible por empeño directo, puesto que el designio de no pensar en algo traería como consecuencia justamente lo contrario en un círculo vicioso semejante al de la perturbación misma. Más bien la atención se tiene que volcar sobre otra cosa, con lo cual obligadamente se descuidarán los síntomas. El contenido de representación al que se dirija la atención debe tener, según la logoterapia, un carácter muy significativo, pues «sólo entonces podrá desprender los pensamientos del paciente fijados a su problemática y, con ello, "disolver" esta misma» (Lukas, 1984, pág. 490). En un caso de insomnio, p.ej., se aconsejará al paciente no preocuparse por dormir, sino por organizar su próximo fin de semana o una sorpresa agradable para otra persona.

#### *15.1. 4 Intención paradójica*

Ya en la década de 1930, Frankl elaboró la «intención paradójica» como técnica específica e importante, en particular en el marco de terapias breves (de seis a diez sesiones) de las neurosis de angustia y las neurosis obsesivas; se trata de una técnica de intervención que muy poco modificada se ha ido incorporando cada vez más en las últimas décadas a las terapias cognitivas, de la comunicación y familiares, a menudo con la denominación de «prescripción del síntoma» (cf., p.ej., el capítulo 17 y el capítulo 19, 5). Su eficacia se explica bien, al parecer, en conexión con la angustia de expectativa (cf., p.ej., Frankl, 1982).

El concepto de «angustia de expectativa» designa la expectativa neurótica angustiada de que cierto suceso pueda sobrevenir. Pero de esta manera sobreviene las más de las veces el síntoma que el paciente temía: un síntoma (débil) produce una fobia, y esta refuerza el síntoma, con lo cual se inicia un círculo vicioso parecido al ya esbozado en el caso de las neurosis sexuales y de las perturbaciones funcionales psicósomáticas. Cualquier irregularidad corporal leve, como palpitaciones, congestión sanguínea o sensación de debilidad, se puede apreciar como indicio de una posible postración que se anuncia; la angustia frente a esta hará que el corazón palpite más aceleradamente o que se acreciente la sensación de debilidad. El paciente notará esto, y «reaccionará» con más angustia todavía. A primera vista la angustia de expectativa se presenta en la mayoría de los casos como una «angustia ante la angustia», pero Frankl señala que un análisis más ceñido, llevado a cabo en diálogo con el paciente, permite descubrir en el caso típico una fobia de colapso, una fobia de infarto, o similares, en la base de la angustia.

En estos casos, en logoterapia se recurre a la intención paradójica: el paciente es exhortado a querer su síntoma temido, a proponérselo. De este modo, según la expresión de Frankl, «se quita el viento de las velas» de la angustia de expectativa y se rompe el círculo vicioso. La intención paradójica se debe impartir de la manera más humorística posible: el humor es un recurso notable para lograr que el ser humano tome distancia de sí mismo y, por lo tanto, del ahogo de sus angustias.

En concreto, una intención paradójica de este tipo tiene aproximadamente este aspecto (cf. Frankl, 1982): una paciente con angustia ante sus ideas suicidas y el peligro de volverse loca es exhortada a no combatir en manera alguna sus ideas sino a intentar una caricatura de ellas por vía del humor; se dirá a sí misma: «Bueno, ahora me voy a la calle para que me aplasten. Esta es una excelente oportunidad, me arrojaré delante de un automóvil, hace tiempo que no hago esto»; o bien: «Ayer quise diez veces arrojarme delante de un auto, hoy lo haré veinte veces. Sólo que la sangre deberá saltar de cierto modo». O a un paciente que teme sufrir colapso cardíaco se le recomendará hacer largos viajes en tranvía, diciéndose: «Ahora viajo en el tranvía. Ya verán estos el colapso que soy capaz de tener», etcétera.

La eficacia de las intervenciones logoterapéuticas ha sido comprobada en numerosas investigaciones (existen unas ochenta tesis de doctorado sobre logoterapia; cf. también la compilación bibliográfica de Fizzotti, en Frankl, 1981). Como ya había sucedido con la obra de Alfred Adler, también la logoterapia de Viktor Frankl ha cobrado gran importancia, más allá del dominio terapéutico, en la pedagogía (cf. sobre esto Dienelt, 1973).

## 15.2 Psicodrama (Moreno)

### 15.2.1 *La persona de Moreno*

Iacov Levi (germanizado: Jakob Levy) Moreno (1889-1974) nació de padres judíos, el primogénito de seis hijos, en Bucarest (Rumania); la familia se trasladó en 1894 a Viena y después a Alemania, pero Moreno regresó solo a Viena cuando tenía trece años para trabajar como maestro en casa de una familia amiga y al mismo tiempo proseguir sus estudios en el bachillerato de humanidades. Tras recibirse de médico y formarse como psiquiatra, trabajó como asistente médico de un enorme campo de refugiados situado en Mitterndorf, Viena (1915-1917), y como médico de los talleres y el municipio en Vóslau, cerca de Viena. En 1925 emigró a los Estados Unidos con el propósito de explotar comercialmente su invento de un grabador electromagnético de sonidos, en lo que fracasó a causa de la competencia de productos similares en el mercado. En Nueva York trabajó en cárceles, institutos educacionales y psiquiátricos, donde puso a prueba y elaboró sus ideas sobre el psicodrama.

Los primeros esbozos del psicodrama se remontan a la época de estudiante de Moreno, quien se interesó mucho por el teatro (y las corrientes literarias y artísticas de su tiempo). Además de su frecuentación del teatro «oficial», empezó a escenificar con niños en las plazas públicas las primeras representaciones de improvisación (actividad esta que después amplió con actores amigos). Su particular interés por el trabajo con niños se debía al juego creador, espontáneo, no deformado, aspecto este que habría de ser esencial para su psicodrama. Un ensayo semejante había hecho con anterioridad el psicólogo, médico y filósofo ruso V. N. Ibine con su «teatro terapéutico», (p.ej., Iljine, 1909), pero no hay indicios de que Moreno conociera esas publicaciones.

Sin abandonar estos trabajos pre-terapéuticos, Moreno publicó desde 1918 una revista expresionista (*Der Daimon*), en la que colaboraron Martín Buber y Ernst Bloch entre otros. También en los Estados Unidos desarrolló, además de su trabajo psiquiátrico, tareas de editor y autor; fundó las revistas *Sociometry* y *Sociatry*, la primera de las cuales se sigue publicando desde 1977 bajo la dirección de la Asociación Sociológica Norteamericana, mientras que la segunda existe todavía, aunque con el título de *Group Therapy and Psychodrama*.

Bastan estas pocas referencias para mostrar la gran creatividad de Moreno y su vocación interdisciplinaria, que unía medicina, psicología, sociología, filosofía y antropología. Si hoy el psicodrama no tiene mucha significación como corriente terapéutica autónoma, separada, su influjo indirecto es tanto mayor porque sus nociones básicas han sido adoptadas por muchos otros abordajes terapéuticos (a veces con leves modificaciones). Así, el concepto de encuentro, que es el central de la psicología humanista, proviene de Moreno (ya en 1915 apareció su escrito «Invitación a un encuentro»); también la noción de empatía, que es una de las perspectivas nucleares de la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers, fue tematizada primero por Moreno, lo mismo que la insistencia en el «aquí y ahora» respecto de la vivencia del cliente y el trabajo terapéutico. Además, perspectivas esenciales de la actual terapia de grupos y de la terapia interaccional, sistémica, fueron anticipadas hace décadas por Moreno. Fritz Perls (terapia guesáltica) y Eric Berne (análisis transaccional), lo mismo que casi todos los discípulos de Kurt Lewin (terapia guesáltica y del campo) asistieron a las conferencias de Moreno («desempeño de roles», «intercambio de roles» y «silla vacía», p.ej., son elementos que Perls tomó de Moreno).

### 15.2.2 *Nociones teóricas básicas del psicodrama*

La intencionalidad del psicodrama se expresa muy bien en una escena del drama *Seis personajes en busca de un autor* (L. Pirandello, 1965):

Director de la troupe de actores: ¿Quiénes son estos señores? ¿Qué desean?

Padre: Andamos en busca de un autor.

Director de la troupe de actores: ¿Y dónde está el guión?

Padre: Está en nosotros, señor. El drama está en nosotros y no podemos aguardar más tiempo para representarlo, ¡tanto nos empujan las pasiones!

La acción humana se liga sustancialmente al ejercicio de roles; en conexión con estos roles se desarrolla el sí-mismo de cadaquien; una concepción semejante encontramos también en G. H. Mead, pero Moreno no insiste tanto en la adopción de roles («role taking» en Mead) cuanto en la representación activa de un rol, «role playing». El concepto de «rol» en Moreno es además mucho más amplio que en sociología, y abarca prácticamente todas las dimensiones de la existencia humana.

En este contexto cabe distinguir entre el rol «como categoría» y el rol «como acción»: lo primero significa una suerte de conserva de conductas en la que se manifiestan pautas de acción prefijadas por la sociedad (trasformadas individualmente); este aspecto se recorta con claridad en los escritos de Moreno sólo desde

mediados de la década de 1940. Lo segundo significa los roles representados en el «aquí y ahora», que constituyen el «yo» o el «sí-mismo» in acto; un aspecto que se destaca sobre todo en los primeros escritos de Moreno, quien en su teatro de improvisación contraponen como deseable la creatividad espontánea a «la conserva cultural», concepto este último con el que designa los roles fijados por la cultura, aprendidos y en buena medida rígidos, tanto en el «teatro corriente» como en la vida. El significado pleno de este complejísimo concepto de rol en Moreno no se puede exponer aquí (pero cf. Petzold y Mathias, 1983), pero no queremos dejar de mencionar que el hoy tan moderno concepto de «investigación de la acción» fue tematizado también hace más de medio siglo por Moreno en el contexto de su teoría de los roles (cf., además, Petzold, 1980b).

Es esencial tanto para las reflexiones teóricas como para el abordaje terapéutico la visión de Moreno sobre el mundo de vida del ser humano, en el que este actúa como «átomo social»; lo considera determinado por cuatro aspectos, que son espacio, tiempo, realidad y cosmos:

«Espacio» no se debe entender sólo de manera física sino en particular también psicológica y sociológica, y constituye la íntegra conexión de vida de un ser humano dentro de su medio. En la terapia por psicodrama es importante, en consecuencia, la reconstrucción de este espacio sobre «el escenario» (véase infra).

«Tiempo está determinado por el principio del «aquí y ahora», es decir, por el hecho de que pasado y presente sólo pueden existir (o ser experimentados existencialmente) si se presentifican. En la terapia por psicodrama, en consecuencia, pasado y futuro tienen que ser recogidos en el presente para que puedan desempeñar un rol (en el sentido literal).

«Realidad» está siempre referida a tiempo y espacio; por eso una escena representada en el psicodrama no puede ser real en el sentido del mundo ordinario, pero puede ser experimentada como tal dentro del mundo de vida representado, el «mundo auxiliar psicodramático». Toda vez que en el psicodrama se representan estados de cosas exteriores, Moreno habla de «semi realidad»; y cuando se trata de contenidos psíquicos, se los llama «realidad excedente».

«Cosmos» designa el contexto global en que el ser humano consume su proceso de desarrollo y encuentra su destinación, que es la realización creadora de él mismo. En esta idea de «cosmos» se condensan las concepciones filosóficas, religiosas y antropológicas de Moreno.

Como ya dijimos al comienzo de este capítulo, el concepto de «psicodrama» abarca el «sistema triádico» de Moreno, que se compone de la terapia psicodramática, la sociometría y la terapia de grupos. En la exposición que hacemos a continuación sobre perspectivas prácticas destacamos el aspecto terapéutico.

### *15.2.3 Práctica de la terapia psicodramática*

Una dimensión esencial de la terapia psicodramática es la catarsis, el efecto curativo de la revivencia y la actuación de experiencias nocivas. «Rebobinar la vida en la ilusión no tiene el efecto de un calvario sino que corrobora el dicho: toda verdadera repetición nos libera del episodio original» (Moreno, 1923, citado según Petzold, 1976, pág. 179). Aunque el psicodrama se aplica también como terapia individual, como «monodrama» (o «psicodrama en miniatura»), las nociones fundamentales se refieren al trabajo con grupos. En la bibliografía se suelen poner de relieve los siguientes seis elementos («constituyentes») del psicodrama:

EL escenario o lugar de representación se deslinda claramente del restante espacio del grupo; una imagen de escenario se crea por vía simbólica, con ayuda de la capacidad imaginativa, y se la complementa con el menor número posible de requisitos reales. Este escenario es ahora para el psicodrama el espacio (en el sentido antes definido) donde el protagonista desarrolla escenas del pasado y el futuro, sueños, angustias, fantasías, relaciones, situaciones vitales y deseos.

EL protagonista es, como problematizador o autor y actor principal, un miembro del grupo que pone espontáneamente en escena lo que se le ocurre (por regla general, escenas que se refieren a sus problemas y conflictos). Con ayuda del director de escena y de los co-actores, y recurriendo al lenguaje, la mímica, los gestos y movimientos, debe alcanzarse el mayor contenido de realidad afectiva (véase supra) que se pueda. Así se vuelve posible que el protagonista viva su realidad (o la reviva) pero también experimente con ella y ponga a prueba posibilidades nuevas de experiencia y de conducta.

El director de escena es el regisseur que asiste al protagonista y le posibilita la representación más intensa. Este papel es desempeñado por el terapeuta, que, iniciado o catalizado por actividades y procesos preparatorios, recoge en lo posible toda insinuación del protagonista, procura una intensificación de los problemas y, después de la escenificación, analiza lo acontecido junto con el protagonista y los otros miembros del grupo.

Los co-actores, yoes auxiliares («auxiliary egos») o asistentes asisten al protagonista mientras realiza su representación: figuran personas reales o fantaseadas, personajes simbólicos, y demás -p.ej., «madre», «padre», «jefe», «controlador (de fantasía)», «ambición», etc.-. Estos yoes auxiliares desempeñan roles siguiendo las insinuaciones del protagonista (o las propuestas del director de escena) y tienen que hacer la mayor empatía posible con su mundo de vida.

Los participantes del grupo que no intervienen como co-actores forman, en su condición de público, la caja de resonancia del acontecer dramático. Ayudan durante los preparativos y en la fase de armonización, y después, en la fase conclusiva o posterior a la puesta en escena, proporcionan, junto con los co-actores, un «feedback» al protagonista: por medio del denominado «sharing» y feedback de identificación, el protagonista se entera de lo que experimentaron durante la representación los miembros del grupo, de las impresiones que tuvieron, de los pasajes en que se sintieron interpelados, etc. Para esto lo esencial es una coparticipación que sirva de apoyo, en que el protagonista experimente que no está solo con sus problemas sino que otras personas tienen dificultades, vivencias y sentimientos semejantes. En el feedback de los roles, se comunica al protagonista lo que sintieron los coactores en sus diversos roles y el modo en que desde esas perspectivas vivieron al protagonista.

Las técnicas psicodramáticas sirven al conductor como instrumentos para lograr que procesos, problemas, preguntas, relaciones, etc., se vuelvan claros para el protagonista y el grupo. De este modo, el psicodrama se divide en tres fases de trascurso: 1) una fase inicial (de warm-up, descubrimiento de problemas); 2) una fase de acción (de actuación, de representación, de elaboración del problema), y 3) una fase conclusiva (de sum-up, diálogo, integración, terminación). A cada fase corresponden técnicas específicas, muchas de las cuales se han introducido también en la terapia gúestáltica -p.ej., «la silla vacía» en la fase inicial, el intercambio de roles y la técnica del doble (en que el director se pone detrás del protagonista y repite o «acompaña» sus manifestaciones) en la fase de la representación-. Además existen muchas otras técnicas que Moreno describe en sus obras y que otros han complementado.

Petzold (1978a, b, entre otros trabajos) ha ampliado el psicodrama en algunos aspectos; en particular agregó una cuarta fase a las tres antes expuestas, a saber, una «fase de reorientación» en que se ponen a prueba y se consolidan nuevas modalidades de conducta. En el denominado «behaviourdrama» intenta integrar en el psicodrama abordajes de terapia de la conducta como la desensibilización sistemática, el aprendizaje por imitación o la introducción de refuerzos (cf. los capítulos 9 y 10).

Si para concluir nos preguntamos por la aplicación del psicodrama, señalemos una vez más que sus nociones y técnicas básicas (que sólo hemos podido presentar de manera esquemática; cf. empero, p.ej., Leutz, 1974) se han incorporado a muchos otros abordajes terapéuticos, lo cual estaba enteramente en la intención de Moreno (aunque ello le valió que sus ideas fueran recogidas sin mencionar el nombre de su autor): «El método psicodramático no conoce límites en su aplicación práctica, no obstante lo cual el núcleo del método permanece inmutable» (Moreno, 1959, pág. 88).

Por lo que toca ahora al psicodrama como abordaje autónomo, ya Moreno señaló cinco campos principales de aplicación: investigación (en particular en conexión con la sociometría), pe-dagogía, profilaxis, diagnóstico, terapia. El psicodrama como terapia, en la forma que hemos esquematizado, se ha introducido tanto en clínicas psiquiátricas como en consultorios de asesoramiento con fines diagnósticos. En los últimos años se asiste a una difusión cada vez mayor de este abordaje también en el campo de los grupos de autoexperiencia, cuyos miembros se interesan más en el desarrollo de la personalidad que en la terapia en el sentido estricto. Petzold (1978b) apunta empero el peligro de que el psicodrama sea aplicado por personas inexpertas, y menciona algunas contraindicaciones para su aplicación terapéutica: estados prepsicóticos o psicóticos agudos, afecciones psicosomáticas en su etapa aguda y riesgo de suicidio, entre otras. Estas contraindicaciones valen, por lo demás, para casi todos los métodos entre los denominados reveladores.

## 16. Fundamentos de las terapias sistémicas

### 16.1 Introducción en la problemática

La serie de las cuatro partes de este libro -que tratan sobre psicología profunda, terapias de la conducta, abordaje humanista, y abordaje sistémico- se corresponde con la sucesión histórica de estas «corrientes» en su difusión progresiva en el quehacer psicoterapéutico de América y Europa (cf. supra, «Palabras preliminares», para los problemas que presenta esta clasificación). Es verdad que la elaboración de las perspectivas teóricas y los principios prácticos demandó prolongados períodos de incubación, y no es menos cierto que los principales representantes de aquellas corrientes habían puesto a prueba y modificado sus puntos de vista mucho antes que encontraran aceptación. Pero en líneas generales se puede afirmar que la primera parte del siglo XX estuvo dominada casi enteramente por el psicoanálisis y la psicología profunda. Sólo después alcanzaron una difusión amplia y su propia autodefinition otras corrientes: en la década de 1950, la terapia de la conducta (cuyos abordajes cognitivos son posteriores en unos quince años); en la de 1960, las variedades de la terapia humanista, y en la de 1970, los abordajes sistémicos.

Si, con el fin de atenernos a una esquematización aproximativa, queremos caracterizar esas diversas orientaciones por medio de algunas palabras-clave, podemos atribuir a los abordajes de psicología profunda los conceptos de «inconciente», «conflicto» y «energía»; a las terapias de la conducta, los de «aprendizaje», «estímulo-reacción» y «cognición»; a los abordajes humanistas, los de «encuentro», «crecimiento» y «autonomía»; y a los sistémicos, los de «circularidad», «comunicación», «estructura», «ecología» y «evolución». Si los partidarios de los abordajes humanistas suelen referirse a una «tercera fuerza» a propósito de su propia corriente, muchos de los que sostienen los puntos de vista sistémicos mencionan el concepto de «cambio de paradigma» (cf., p.ej., Guntern, 1980; Bosch, 1984; o, en sentido crítico, Buchholz, 1981; Reiter-Theil, 1984). Este concepto se debe a Thomas S. Kuhn

(1976) y se refiere a un «vuelco» revolucionario de la entera «imagen del mundo» (a modo de una inversión de Gestalt) en la esfera de la ciencia; es decir, un vuelco que afecta en particular a los modelos de explicación teórica, a los problemas que es lícito plantear, a los métodos utilizados, y a las epistemologías (ó metodologías). Un ejemplo es el cambio de paradigma de la imagen del mundo geocéntrica a la heliocéntrica (señalemos de pasada que el propio Kuhn no habla de paradigmas hoy, sino de «matrices de una disciplina»).

No entraremos a considerar si este concepto de «cambio de paradigma» es aplicable a las terapias sistémicas. Kuhn lo había elaborado pensando en la física, y es discutible que en el dominio de la psicología quepa hablar por el momento de un «paradigma» (o de varios: esto, según lo entiende Kuhn, sería directamente imposible; cf. Mastermann, 1974; Keeney, 1979; Westmeyer, 1981). Aunque es innegable que el abordaje sistémico cuestiona modelos explicativos y/o supuestos básicos «evidentes».

En este sentido, una de las concepciones que se han cuestionado, y muy central por cierto, es la «causalidad» lineal (usual) de la forma «A-B» (p.ej., estímulo-reacción); es decir, el supuesto básico de que todo tiene una causa (o varias causas) y que por lo tanto reviste una importancia particular averiguar «el porqué». El punto de vista sistémico le opone la «causalidad circular» (o, simplemente, la «circularidad»), en que A y B se influyen entre sí según un complejo proceso en red (en general, por mediación de otros elementos, C, D, etc.). Estos sistemas son concebidos casi siempre de manera dinámica, es decir que se trata de cambios en el tiempo, en los cuales todo influjo de A sobre otros elementos revierte sobre A; esta perspectiva recibe el nombre de «autorreferencia». La averiguación del «cómo» es, en consecuencia, más importante que la del «porqué» (cf. infra).

Tomemos el ejemplo (muy utilizado por ser elemental, realista y pertinente) del «cazador y su presa»: liebres y lobos. Aquí se pone de manifiesto la limitación del abordaje causal (lineal): si se presta atención al número de liebres (en caso de que estas no tengan otro enemigo importante), se comprueba un ciclo de disminución y aumento que no se explica cabalmente tomando en cuenta animales aislados ni la «sociedad» de las liebre- Un

ciclo parecido -sólo que desplazado en el tiempo- se observa en la población de lobos (siempre que estos no dispongan de otra presa importante). El proceso únicamente se entiende si se ponen en conexión esos dos fenómenos; para ello es preciso elegir un punto cualquiera del ciclo: muchas liebres ofrecen abundancia de presas, de manera que los lobos encuentran condiciones favorables y se reproducen con rapidez. Pero los lobos en mayor número ralean proporcionalmente la población de liebres e impiden su reproducción. En cierto momento, las liebres quedan tan diezmadas que no todos los lobos encuentran alimento y su número desciende con rapidez. Ahora las liebres pueden multiplicarse nuevamente, y así.

Este ejemplo demuestra tres cosas: 1) en el plano objetivo es evidente que para un lapso breve el ciclo se puede descomponer enteramente en secuencias causales parciales, p.ej., «hay menos liebres porque hay más lobos; empero, estos nexos no dan razón del proceso circular en su conjunto. 2) La dimensión temporal -siempre en el plano objetivo- demuestra ser una magnitud esencial. 3) Por fin, en el plano del lenguaje, se pone de manifiesto una gran dificultad para describir estos procesos circulares simples; el lenguaje usual procede circunstanciadamente como secuencia de enunciados lineales. Esto obliga a dividir la dimensión temporal en pequeños fragmentos y a formular entonces nexos causales parciales para cada uno de ellos: a) muchas liebres - > más lobos; b) muchos lobos - > menos liebres; c) menos liebres - > menos lobos; d) menos lobos - > más liebres, etc.; o sea que para el ciclo descrito (que sin duda es de los más elementales) se tiene que recurrir ya a cuatro nexos parciales. Cada uno por sí mismo es correcto para una determinada fase temporal, pero es falso desde la visión del conjunto. Esto quiere decir que la mencionada pregunta por el «cómo» del proceso, si se la quiere comunicar en el lenguaje usual, puede y debe ser descompuesta en una serie de «porqué» de procesos parciales. Se imaginará lo complicado que se vuelve el ciclo con que sólo se introduzca otra especie animal, p.ej., la de los renos, que los lobos no cazan si no faltan liebres (este es un ciclo de tres elementos que se ha observado en Terranova).

Ahora bien, lo notable es que este sistema, con independencia de los animales singulares concretos y a pesar del cambio cíclico, presenta una estabilidad asombrosa; más aún: conserva su estructura justamente porque es independiente de los animales singulares: gracias a la sucesión de las generaciones que recorren el ciclo, este mantiene su estabilidad, del mismo modo como una cascada mantiene su constancia gracias al permanente flujo del agua, por el hecho de que nuevas gotas invariablemente participan en el suceso. Es evidente que aquí no permanecen estables las estructuras de los elementos mismos (p.ej., la proporción liebres/lobos o el ordenamiento espacial de las gotas de agua), y menos aún los elementos como tales; lo que permanece estable es la estructura del proceso. Este ordenamiento por medio de fluctuaciones es el que documenta el concepto de «estructuras disipativas» (cf. Prigogine, 1976; Jantsch, 1982).

Además el sistema depende, desde luego, de las condiciones de contorno, p.ej., que las liebres dispongan de hierba suficiente o que no aparezca repentinamente un cazador de lobos (en este caso se trataría sobre todo del hombre) que los diezme de manera sistemática. Pero incluso si ocurre lo anterior, siempre que existan posibilidades de supervivencia (o sea, siempre que queden praderas herbosas y el hombre no elimine todos los lobos) el sistema dará una respuesta autónoma a estas condiciones alteradas, es decir, una respuesta no predecible con exactitud sobre la base de estas nuevas condiciones. El sistema sobrevivirá como tal y retomará su oscilación pendular en otro nivel; en nuestro último ejemplo, simplemente habrá más liebres en todas las fases. La autorreferencia (ya mencionada) es precisamente lo que otorga a este sistema la capacidad de adaptarse y de modificar él mismo sus estructuras (rasgo típico de todos los sistemas vivos). Humberto Maturana y Francisco Varela llaman «autopoiesis» a esta autoorganización (del griego «autos» = por sí mismo, y «poiein» = crear), que es un concepto central de la moderna teoría de sistemas (cf. Maturana, 1982).

No hay que ser demasiado ocurrente para descubrir semejanzas entre este sistema y los sistemas humanos. Si tomamos «trabajo del ama de casa» y «colaboración del marido», con el supuesto de que una sola persona no puede hacer todo ese trabajo y de que «él» colabora únicamente cuando «ella» no puede más, podemos construir un ciclo enteramente análogo al del ejemplo anterior. Ella hace sola todo el trabajo, que se vuelve cada vez más abrumador; finalmente, manifiesta una postración (o algún síntoma parecido que se defina como «no poder más»). Entonces él se muestra dispuesto a colaborar, el trabajo disminuye, ella se recupera. En ese momento él se retrae de nuevo, el trabajo se vuelve cada vez más abrumador, etcétera.

Una postración por exceso de trabajo admite una buena explicación también por medio del pensamiento lineal. Pero si sustituimos «trabajo» por «deseo de atenciones», «postración» por «accesos de llanto» y «colaboración» por «ternura», se llegaría a un diagnóstico de «depresiones cíclicas» (nuestro ejemplo es una simplificación extrema) en caso de que se consideraran solamente los síntomas de la esposa. Como las lágrimas no salen de una cañería sino que las produce el cuerpo, una «investigación médica» precisa descubriría desde luego alteraciones somáticas que serían señaladas como la «causa» cíclica de la enfermedad. (Recuérdese que en el siglo XIX una presunta enfermedad «descubierta» se indicó como la causa de la huida de los esclavos negros; se la llamó «drapetomanía», cf. el capítulo 1.)

Es cierto que del hecho de ver en la enfermedad un problema individual no se sigue forzosamente que se descuide toda consideración sistémica. El ejemplo (típico) que acabamos de dar, de la «postración», muestra más

bien algo que conoce repentinos cambios de estructura, es decir, que pasa de un estado de equilibrio a otro. Y es común hablar del sistema circulatorio o del sistema inmunológico (en estos campos el concepto de «sistema» se aplica desde hace mucho tiempo).

precisa descubriría desde luego alteraciones somáticas que serían señaladas como la «causa» cíclica de la enfermedad. (Recuérdese que en el siglo XIX una presunta enfermedad «descubierta» se indicó como la causa de la huida de los esclavos negros; se la llamó «drapetomanía», cf. el capítulo 1.)

## 16.2 Digresión sobre el «sistema» de la «familia»

En las elucidaciones anteriores hemos expuesto ya algunos aspectos importantes de los sistemas. Este mismo procedimiento empleado por nosotros es típico de la bibliografía de terapia familiar: «sistema» es introducido por medio de ejemplos convincentes e ilustrativos; si uno quiere averiguar qué es un sistema en el caso concreto, por regla general en vano buscará precisiones. Lo común es que se nos remita a abordajes centrales, básicos, sobre todo a la teoría general de sistemas (Ludwig von Bertalanffy), a la teoría de la información (Claude Shannon), a la cibernética (Norbert Wiener) y a la antropología cultural sistémica (Gregory Bateson). Pero no está muy clara la exacta contribución de estas teorías a la noción de «sistema de la familia».

Para definiciones del concepto de «sistema» se recurre de preferencia a Hall y Fagen (1956): «Un sistema es un conjunto de objetos junto con relaciones entre los objetos y sus propiedades», definición bastante curiosa porque se mencionan «objetos» y (!) «sus propiedades», entre los cuales se consideran relaciones; y no está claro qué serían unos objetos sin (!) propiedades. Parece más razonable definir un sistema como un conjunto de objetos y determinadas relaciones entre estos: precisamente estas relaciones son las «propiedades» (véase infra).

Si se parte de esta definición (o de la modificación que acabamos de proponer), parece verosímil que la «familia» se pueda considerar como un «sistema». Pero, más allá de esta verosimilitud intuitiva, ¿qué son exactamente los objetos y las relaciones? No nos ahorraremos una frustración si tratamos de aclararnos este punto en la bibliografía sobre terapias sistémicas. Watzlawick et al. (1969), quienes sin embargo se cuentan entre los pensadores más precisos, escriben, p.ej., en la página 115: «La interacción puede ser considerada como un sistema, de modo que se vuelva aplicable la teoría general de sistemas»; una página más adelante, después que se citó la indicada definición de Hall y Fagen, leemos: «Sistemas interhumanos son, según eso, dos o más comunicadores que definen la índole de su relación» (las bastardillas son mías, ahora y antes): ¿qué se caracteriza así, los objetos o las relaciones? ¿Y cómo puede un sistema consistir una vez en interacción y la otra en comunicadores (siendo que se lo define por las dos cosas)?

No tengo la pretensión de ofrecer en este lugar una conceptualización precisa de teoría de sistemas referida a lo que se debe entender por «familia» y «sistema» en la terapia familiar. Pero me parece que conviene distinguir entre diversos planos de consideración, cuya confusión usual desemboca en las dificultades que hemos intentado esbozar.

En primer lugar se deben caracterizar de una manera un poco más precisa «sistema», «elemento» (o bien «objeto») y «relación»: un sistema consiste en un conjunto de elementos y en un conjunto de relaciones que se definen entre esos elementos del conjunto (para mayor precisión, p.ej., Kriz, 1973; Orth, 1974). Es común y atinado distinguir entre relaciones de un solo elemento, diádicas, triádicas, etc., según que hagan falta uno, dos, tres o más elementos en orden a la relación (p.ej., la relación «es rojo» requiere un solo elemento; la relación «es mayor que», dos elementos; la relación «está situado entre», tres elementos, etcétera).

En el marco de la terapia familiar sistémica se puede considerar en el nivel inferior un sistema cuyos elementos sean las personas y cuyas relaciones sean comunicaciones, en cuyo caso parece razonable suponer que estas relaciones son por lo menos diádicas, en vista de la idea de que es imposible no comunicar (cf. el capítulo 17, 1). (Desde luego que también se podrían considerar otras relaciones, como «es un joven», «es más grande», «es más pesado», «tiene los ojos más brillantes», etc., pero lo usual es dejar estas de lado o, al menos, se puede decir que no tienen para el modelo la misma importancia que las comunicaciones.)

Es cierto que en el marco de la terapia este sistema carece de interés porque de lo que en ella se trata es de pautas típicas de comunicaciones, es decir, de relaciones entre estas comunicaciones. Hace falta entonces, para el sistema del nivel 1, un meta sistema cuyos elementos sean las relaciones (comunicaciones) del nivel 1 y cuyas relaciones se produzcan entre comunicaciones, es decir que sean relaciones de relaciones:

Elementos	Relaciones	Ejemplo
Plano 1: Personas A, B, C...	Interacción R1(1), R1(2), ...	A: Pedro; B: Juan; R1(1): increpar AR1(1)B: «Pedro increpa a Juan»
Plano 2: R(1), R(2), ... (metaplano) (o AR1(1)B...)	Relaciones entre las R1 es decir R2(1), R2(2), ...	R1(2): llorar; R2(1): seguir a R1(1)R2(1)R1(2): «a increpar sigue llorar» R3(1): con más frecuencia
Plano 3: R(2)(1), R(2)(2), ... (meta-metaplano) (o véase arriba)	Relaciones entre las R2 es decir R3(1), R3(2), ...	(R1(1)R2(1)R1(2))R3(1)(R1(1) R2(1)R1(1)) «a increpar sigue con más frecuencia llorar que increpar a su turno»

Este esquema no es sino un tosco esbozo, pero muestra claramente la necesidad de la diferenciación propuesta entre los niveles. No suele quedar claro si los sistemas del nivel 2 -es decir, enunciados sobre comunicaciones- tienen por objeto R1(1), etc., o bien AR1(1)B, etc. (esto depende en buena medida de que se hagan enunciados generales sobre comunicaciones, como en el ejemplo de la tercera columna, o bien sobre la comunicación específica de una persona; también con respecto a este punto nos encontramos con una gran confusión en la bibliografía).

Metaniveles (o bien jerarquías de sistemas, si se toman en cuenta las dos direcciones posibles) se pueden formar no sólo en orden a las relaciones, como en el caso del párrafo anterior, sino también en orden a los elementos. Es esta una posibilidad que se menciona con frecuencia en la bibliografía sobre terapias sistémicas, es cierto que la mayoría de las veces de una manera muy insatisfactoria, oscurecida por el empleo de metáforas. Si se escogen los elementos para formar jerarquías de sistemas, respecto del nivel siguiente de la jerarquía (o «nivel de organización») un sistema se convertirá en elemento de un sistema supraordinado. Se suele decir entonces que por encima del sistema «familia» se encuentran sistemas supraordinados, metasistemas (o suprasistemas), p.ej., la «sociedad» (en cuyo caso desde luego varios niveles sistémicos se interponen entre familia y sociedad); si miramos esto en la dirección inversa, la familia se puede caracterizar como un subsistema de la sociedad. Hay que señalar empero que en tornulaciones de esta índole no está claro qué relaciones son las constitutivas de estos sistemas (y aún menos claros están los niveles en que son consideradas).

A raíz de estas aplicaciones más bien metafóricas del concepto de «sistema» se cae con facilidad en malentendidos ontológicos; entonces en la práctica se opera como si existieran los sistemas y sus jerarquías tal como se puede hablar de los niveles de un edificio; escriben, p.ej., Napier y Whitaker (1978, pág. 61 [pág. 56]): «Un aspecto interesante de los sistemas es que están organizados jerárquicamente. P.ej., si se considera a la persona individual como un sistema y a partir de su nivel se mira "por debajo" de ella, se ve que incluye un cierto número de subsistemas cuyo tamaño y complejidad siguen un orden decreciente. (. . . ) Claro está que uno no tiene por qué detenerse en esta jerarquía: puede dirigirse la mirada hacia los sistemas más complejos que están "por encima" del individuo e influyen en él». De esta manera se descubre (resumidamente) la siguiente jerarquía:

Partículas subatómicas  
Átomo  
Molécula  
Órgano  
Sistema de órganos  
PERSONA U ORGANISMO  
Familia nuclear  
Familia extensa  
Subgrupo comunitario (trabajo, amigos)  
Ciudad o comuna  
Departamento o provincia  
Estado  
Asociación de estados  
Mancomunidad universal de naciones

A pesar de su aparente evidencia, no es esta «la» jerarquía. Desde luego que los sistemas no existen de una manera simple en sentido óntico sino que son creaciones cognitivas de sujetos cognoscentes; por lo tanto, la respuesta a la pregunta por los elementos que «pertenecen» a cierto sistema dependerá del interés a que respondan la explicación y el conocimiento, en síntesis: de la perspectiva que el sujeto cognoscente haya adoptado (aquí no entramos a considerar el hecho de que sujeto y objeto del conocimiento están ellos mismos en conexión sistémica desde ciertos puntos de vista). El individuo X es elemento de la familia F respecto de ciertas comunicaciones (incluidas acciones, estructuras de expectativa, etc.). Pero como cazador en una región del bosque, X es elemento de un sistema cazador-presa CP; y en tanto campesino, es elemento de un ecosistema E (una comarca). Pero, por otra parte, para casi todos los fines, no tendrá interés X (o sea, el nivel 1 según lo definimos) sino sus acciones comunicativas, sus acciones de caza y sus acciones en tanto campesino integrado en

un ecosistema (o sea, por lo menos, los metaniveles; y desde luego que existen muchos más aspectos referidos a X y a sus propiedades dentro de metasistemas posibles).

«Perjuicios» psíquicos o somáticos (cf. supra) de X se pueden considerar en relación con su puesto dentro de F (es el abordaje «usual» de la psicoterapia sistémica). Pero desde luego que también con relación a su puesto dentro de E (resultará perjuicio para X, p.ej., si abona los cultivos con sustancias que, al consumir este individuo los alimentos, provocan alteraciones del equilibrio en determinados sistemas de su organismo). Otro aspecto sería, p.ej., el puesto de X dentro de un sistema H: en el plano de las acciones de higiene, dentro del ciclo cazador-presa que corresponde a los bacilos y gérmenes, tal vez X «críe» por su modalidad de higiene unos gérmenes particularmente resistentes que perjudiquen su salud, lo que reforzará sus acciones higiénicas, lo que... etcétera.

Existen entonces muchas perspectivas desde las cuales atribuir metasistemas a una persona X. Por lo tanto, una consideración sistémica no implica con evidencia que se deba escoger la «familia» como metasistema para X y aplicar la «comunicación» como aspecto de jerarquía; me parece que este punto de vista se suele pasar por alto en la discusión de la terapia sistémica. Tal vez sea sólo aconsejable (!) escoger la comunicación porque la relación terapeuta-cliente es siempre comunicativa (salvo el caso de las terapias corporales) y porque los demás miembros de la familia entran en competencia con el terapeuta dentro del mismo esquema sistémico. Así considerado, conviene al terapeuta intervenir en esa relación de competencia entrando en el sistema F (que ahora, desde luego, se convierte en el sistema F') e intentando llevarlo a un equilibrio nuevo. Se trata de un procedimiento que en la terapia familiar se procura llevar a cabo con sesiones frecuentes (p.ej., en los abordajes de orientación analítica o en los centrados en la experiencia; cf. el capítulo 19, secciones 2 y 3).

Un camino de alternativa para evitar esa competencia consiste en que el terapeuta comunique lo menos posible, intervenga poco y produzca señalamientos escasos pero claros (es decir, que haga estallar «bombas comunicativas» desde «afuera» para que el sistema se vea expulsado de un equilibrio consuetudinario y se activen en un nivel diferente sus capacidades de autoorganización). Este es el procedimiento escogido por la «escuela de Milán» agrupada en torno de Selvini Palazzoli, que organiza para una familia sesiones separadas por unas seis semanas más o menos, en las que se practica una intervención sistémica radical (cf. el capítulo 19, 5). Ludewig (1983) señala que los sistemas vivos no pueden ser modificados de manera deliberada sino que, por medio de influjos perturbadores, se los puede mover a que abandonen su actual forma estructural para que después se organicen ellos de nuevo de manera autónoma. Este autor indica una «perturbación significativa» en calidad de intervención terapéutica sistémica.

Pero aun si se escoge la comunicación como dimensión pertinente para construir la jerarquía, la familia no es de manera automática «el» metasistema para X. P.ej., X es también miembro del cuarteto de cuerdas C y tiene comunicación allí. Es verdad que por lo general los contenidos y las estructuras comunicativas del cuarteto son menos importantes respecto de la vida y de la «enfermedad». Pero las cosas son distintas con relación al trabajo. Aquí las estructuras pueden ser tan importantes que la familia desempeñe en comparación un papel insignificante o bien reciba un influjo extremo (p.ej., si el padre, totalmente agotado y absorbido por la lucha laboral, no tiene para entregar a la familia más que su ira). También puede ser mucho más importante una secta K, a la que X dedique sus esfuerzos. Todos estos sistemas ejercen su acción conjugada no sólo respecto del paciente «enfermo» (cf. infra) sino que algo semejante les sucede (con otros sistemas) a los demás miembros de la familia. La jerarquía antes apuntada de célula, órgano, organismo, familia, sociedad (con pasos intermedios) puede resultar útil siempre que se tenga en cuenta su extremo reduccionismo. Si se supusiera que sólo esta jerarquía existe y que la familia es el único metasistema posible para un individuo, se caería, en el plano de la consideración de las jerarquías sistémicas, justamente en aquel pensamiento lineal monocausal que la terapia sistémica quiso superar.

Si tenemos presentes estas reservas respecto del dominio de los enunciados y su validez, las perspectivas de la terapia sistémica pueden efectivamente aportar un fructífero cambio de punto de vista: las «enfermedades» psíquicas, que hasta ese momento se consideraban «individuales» (desencadenadas por conflictos internos, por un proceso de aprendizaje, un «pensamiento erróneo» o lo que fuera), se analizan ahora con relación a su papel y su función en las estructuras comunicativas del sistema social. Un importante sistema social es indiscutiblemente la familia (con las reservas expuestas, cf. supra), reducida a su núcleo, la pareja (conyugal), pero en general con inclusión de los hijos y de otros familiares importantes.

Desde luego que la elección de la familia como sistema social no importa reduccionismo sólo respecto de la dimensión de las jerarquías (cf. supra) sino, también, del nivel de ellas. Con la misma consecuencia con la cual el «síntoma individual» es examinado según su papel dentro de la estructura familiar, se puede estudiar desde luego «la estructura familiar específica» según su papel dentro de la estructura de la sociedad. En este sentido, ya Wilhelm Reich no sólo consideró los síntomas como resultado de la relación padres-hijo sino que entendió que los padres inconcientemente actuaban por encargo de la sociedad (cf. el capítulo 5); he ahí una visión amplia que a veces parece oscurecida en la moderna discusión sobre terapia sistémica. La inteligencia de los roles de los miembros individuales («padre», «madre»), y de la familia como un todo (su condición de reproductora de la

fuerza de trabajo), que concurre de manera sustancial a determinar las transacciones que se producen en su seno, no individuo aislado pero tampoco de la familia privada, sino que es, sobre todo, asunto de la sociedad.

Por más que consideraciones prácticas y técnicas justifiquen limitar el quehacer terapéutico a la familia, si se lo hace irreflexivamente se pasarán por alto aspectos esenciales que concurren a determinar la «dinámica familiar». Con las restricciones que venimos indicando, el sistema «familia» se sitúa en efecto (¡es una de las consideraciones posibles!) entre individuo y sociedad. Por una parte, quien destaque el progreso cumplido por el abordaje sistémico al pasar del individuo a la familia no puede eliminar del cuadro a la sociedad u otros metasistemas; y por otra parte, quien insista en la autonomía de la familia frente a «los influjos del ambiente que provienen de la sociedad no puede descuidar por completo la autonomía del individuo frente a la familia.

Si entonces la perspectiva se centra en la familia y no se considera «enfermo» a un paciente individual sino a la familia misma, se hablará consecuentemente del paciente «individualizado»; es aquel que (¡en primer término!) «tiene» los síntomas (los más, o los más llamativos). Las frases entre paréntesis y los signos de admiración de la oración anterior quieren señalar que los usos del lenguaje y las maneras de ver se vuelven problemáticos si se los toma prestados de concepciones tradicionales y se los traslada sin más a las constelaciones sistémicas. Desde Freud sabemos, en efecto, que, vistos dentro de un contexto más amplio, los síntomas de la «enfermedad» son al mismo tiempo recursos que la persona emplea para desempeñarse en la lucha por la vida en las circunstancias dadas. De igual modo es inadecuado hablar de un sistema «enfermo»; al menos es preciso reparar en que lo mismo que se presenta como enfermedad desde determinada perspectiva aparece, desde otra, como el recurso del sistema (y de la persona que se incluye en él) para organizarse en las circunstancias imperantes o adaptarse al contexto.

Esta misma relatividad perspectivista vale para los síntomas y aun para sus portadores: es también experiencia corriente en las terapias individuales de cualquier orientación que en el curso de una mejoría de los síntomas de un paciente, un familiar o varios desarrollen estos mismos síntomas u otros que guarden relación directa con los que habían disminuido o desaparecido. Esta experiencia, por lo demás, influyó para la elaboración de los abordajes sistémicos, es decir, para la decisión de dar el paso consiguiente de incluir en la terapia a la familia entera. Esto documenta la importancia pragmática del abordaje de terapia familiar, para cuya precisión terminológica y fundamentación teórica hace falta empero algún esfuerzo todavía.

### 16.3 Raíces de los abordajes sistémicos

La terapia sistémica, que en la práctica es sobre todo terapia de familia, rara vez terapia de pareja y casi nunca terapia de grupo, se cultiva en sentido estricto, con sus primeros bosquejos, desde la década de 1950 (cf. infra). El concepto de «sistémico», que cuestionamos en la sección anterior, recibe empero diversas significaciones en conexión con la terapia, de suerte que según el punto de vista adoptado se aprecian variadamente los «precursores». Como término, «terapia sistémica» se aplica en general sólo a un determinado abordaje «estratégico», el del «grupo de Milán» nucleado en torno de Mara Selvini Palazzoli (cf. infra). A causa de la ya señalada imprecisión en la aplicación del concepto (p.ej., a niveles diferentes, a distintas jerarquías), en lo que sigue señalaremos sólo algunos aspectos de la historia de los métodos sistémicos. (En relación con esto, no entraremos a considerar la cuestión de saber si una terapia individual que tome en cuenta de manera explícita la realimentación sistémica dentro de la familia y opere en consecuencia no merece con más legitimidad el título de «sistémica», que una terapia que trabaje en efecto con la familia entera pero que no tome de manera explícita las redes sistémicas como objeto de la reflexión y de la intervención.)

Si retomamos la ya mencionada idea del «cambio de paradigma», una inspección de abordajes terapéuticos anteriores lleva a dudar de que se haya producido una ruptura tan inconmensurable en la comprensión de las perspectivas terapéuticas; más bien parece que determinadas maneras de ver han sido traídas al primer plano. En efecto, casi todos los abordajes terapéuticos incluyen (en esbozo) aspectos sistémicos. Reich, p.ej., describe con mucho detalle las redes sistémicas entre conflictos, pautas de comunicación para la defensa y el dominio (estructuras del carácter), y las consiguientes tensiones en sistemas de músculos; aquellas pautas y estas tensiones se mantienen unas a otras: una respiración superficial contribuye a sofocar ciertos sentimientos; los músculos que se adaptan a la respiración retenida estorban a su vez la respiración profunda y, de este modo, los sentimientos más intensos. Y según recordamos antes, Reich toma en cuenta también, circunstanciadamente, sistemas sociales. No obstante, la vegetoterapia de Reich sigue siendo una intervención en el individuo y en sistemas parciales orgánicos.

También en el análisis transaccional, el análisis de los juegos destaca plenamente aspectos sistémicos; lo propio se puede decir del análisis de los guiones. Pero en concreto se trabaja con el individuo, y el análisis de los juegos es asombrosamente lineal, centrado en el individuo (cf. el capítulo 7). En el análisis de los guiones, la familia en principio es tomada en cuenta sólo con relación a los adoctrinamientos que impartió en el pasado, en tanto causante de los síntomas que se han cristalizado en pautas de comunicación neuróticas. Y a pesar de ello, poner

de relieve una estructura básica de juegos «víctima, perseguidor, salvador» e insistir en que estos roles presentan alternancia dinámica supone, precisamente, elementos sistémicos.

Señalamos ya que también Freud, en su teoría psicoanalítica de las neurosis, tomó en cuenta aspectos sistémicos: el síntoma es concebido por él como una operación significativa del organismo, que sólo se puede comprender en el contexto (!) de la reconstrucción de una interacción temprana padres-hijo. Y el psicoanalista no interpreta las manifestaciones de su paciente como lo haría un observador objetivo; más bien es asunto del análisis el proceso, como tal, que se desenvuelve entre él mismo y el paciente. midad el título de ««sistémica,, que una terapia que trabaje en efecto con la familia entera pero que no tome de manera explícita las redes sistémicas como objeto de la reflexión y de la intervención.)

Si retomamos la ya mencionada idea del «cambio de paradigma», una inspección de abordajes terapéuticos anteriores lleva a dudar de que se haya producido una ruptura tan inconmensurable en la comprensión de las perspectivas terapéuticas; más bien parece que determinadas maneras de ver han sido traídas al primer plano. En efecto, casi todos los abordajes terapéuticos incluyen (en esbozo) aspectos sistémicos. Reich, p.ej., describe con mucho detalle las redes sistémicas entre conflictos, pautas de comunicación para la defensa y el dominio (estructuras del carácter), y las consiguientes tensiones en sistemas de músculos; aquellas pautas y estas tensiones se mantienen unas a otras: una respiración superficial contribuye a sofocar ciertos sentimientos; los músculos que se adaptan a la respiración retenida estorban a su vez la respiración profunda y, de este modo, los sentimientos más intensos. Y según recordamos antes, Reich toma en cuenta también, circunstanciadamente, sistemas sociales. No obstante, la vegetoterapia de Reich sigue siendo una intervención en el individuo y en sistemas parciales orgánicos.

También en el análisis transaccional, el análisis de los juegos destaca plenamente aspectos sistémicos; lo propio se puede decir del análisis de los guiones. Pero en concreto se trabaja con el individuo, y el análisis de los juegos es asombrosamente lineal, centrado en el individuo (cf. el capítulo 7). En el análisis de los guiones, la familia en principio es tomada en cuenta sólo con relación a los adoctrinamientos que impartió en el pasado, en tanto causante de los síntomas que se han cristalizado en pautas de comunicación neuróticas. Y a pesar de ello, poner de relieve una estructura básica de juegos «víctima, perseguidor, salvador» e insistir en que estos roles presentan alternancia dinámica supone, precisamente, elementos sistémicos.

Señalamos ya que también Freud, en su teoría psicoanalítica de las neurosis, tomó en cuenta aspectos sistémicos: el síntoma es concebido por él como una operación significativa del organismo, que sólo se puede comprender en el contexto (!) de la reconstrucción de una interacción temprana padres-hijo. Y el psicoanalista no interpreta las manifestaciones de su paciente como lo haría un observador objetivo; más bien es asunto del análisis el proceso, como tal, que se desenvuelve entre él mismo y el paciente.

Adler, hacia fines de la década de 1920, incluyó familias enteras (a veces también grupos de padres) en el marco de su asesoramiento pedagógico; recuérdese que la «constelación familiar» desempeña un papel nuclear en sus concepciones. A su vez, ejerció notable influjo sobre los «neo-freudianos» -Horney, Fromm, Sullivan-, que destacaron la conexión de los síntomas con factores socioculturales y situaron la relación madre-hijo en el primer plano del análisis. Sullivan, en particular, recogió aspectos de teoría de la información para estudiar las relaciones interhumanas de los esquizofrénicos. Propuso un modelo ecológico que presenta numerosos puntos de coincidencia con las ideas sistémicas contemporáneas (cf. *The ittusion of individual personatity*, 1950). Es cierto que el propio Sullivan, que murió en 1949, nunca publicó un libro, de manera que «sus» libros -compilados sobre la base de grabaciones de conferencias y disertaciones- sólo se conocieron en las décadas de 1960 y de 1970. Por eso su influjo sobre el desarrollo inicial de la terapia familiar fue mucho menor de lo que su obra prometía.

Aspectos sistémicos se encuentran también en Frankl en su explicación de la angustia de expectativa; y su forma de intervención consistente en la «intención paradójica» (cf. el capítulo 15, 1.4) reaparece con ligeras modificaciones como una de las más importantes variedades de intervención de los abordajes sistémicos (cf. los capítulos 17 y 19). Por último, el psicodrama de Moreno incluye muchos factores sistémicos (cf. el capítulo 15, 2): es verdad que el psicodrama no se suele organizar dentro del sistema social en que se producen los síntomas (p.ej., la familia) sino dentro del grupo terapéutico, pero el hecho mismo de que las posiciones de los demás miembros del sistema («padre», «madre», etc.) tengan que ser representadas por otros actores del grupo permite experimentar con ellas, es decir que se pueden acondicionar y experimentar distintas estructuras sistémicas (es cierto que sólo respecto de un paciente). Pero hacia fines de la década de 1930, Moreno ensayó trabajar con parejas y familias desde perspectivas sistémicas (cf. Petzold, 1982).

En la investigación clínica, sobre todo en los intentos de explicación de la esquizofrenia, diversos abordajes propusieron tempranamente tomar en cuenta el ambiente social del esquizofrénico. Además de los ya mencionados esbozos de Sullivan, David Levy señaló ya en 1943 el nexo entre rasgos patógenos de la madre (en particular la «<sobrepotección») y perturbaciones del hijo. Fromm-Reichmann definió en 1948 la madre «esquizofrenógena», y con anterioridad a 1950 numerosos estudios elaboraron diversos rasgos de la familia del esquizofrénico, incluyendo también el rol del padre (cf. la reseña bibliográfica de Zuk y Rubinstein, 1975).

Aunque en estos trabajos iniciales se enfocaban todavía propiedades determinadas de miembros singulares de la familia y se buscaban las «causas» de la esquizofrenia (es decir que el abordaje seguía siendo «lineal»), a comienzos de la década de 1950, con el concepto de «lazo simbiótico», se produjo un notable desplazamiento de la perspectiva porque se tomaron en cuenta pautas de relaciones patógenas en el seno de la familia en general (es cierto que ya en 1938 Oberndorf había dilucidado pautas de interacción neurótica para las relaciones de pareja).

En la década de 1950 cobraron vuelo la elaboración de concepciones específicas y de técnicas de intervención así como el trabajo sistemático con pacientes. La terapia familiar trató al comienzo principalmente familias de esquizofrénicos (con un hijo esquizofrénico, en la mayoría de los casos). Esta circunstancia obedeció a la mencionada tradición clínica pero en buena medida también a que los psicoanalistas trataban profesionalmente a neuróticos, y entonces los terapeutas de familia «quedaron disponer a prueba nuevos abordajes, en particular en el caso de los "incurables» esquizofrénicos.

Ya existía considerable bibliografía especializada cuando apareció en 1956 (versión en alemán, 1969) el famoso trabajo de Bateson, Jackson, Haley y Weakland, *Towards a theory of schizophrenia*, que reinterpretaba esa afección en el marco de la teoría del «doble vínculo», en términos sistémicos, como perturbación relacional. Pero lo esencial de este trabajo consistió en que, rebasando la descripción empírico-fenomenológica, esbozaba una teoría. De esta manera se ofrecía una concepción sustancialmente contraria a la explicación somático-médica o psicoanalítica: la esquizofrenia como comunicación perturbada, a saber, como «la única reacción posible a un contexto interhumano absurdo e intolerable» (Watzlawick et al., 1969, pág. 49); sin ninguna duda, esto dio fuerte impulso al ulterior desarrollo de la terapia familiar.

Este trabajo de investigación empírica y teórica corrió paralelo a la elaboración de abordajes terapéuticos concretos (nótese que la teoría del «doble vínculo» se desarrolló sobre la base de trabajo con una sola familia). Los primeros terapeutas familiares fueron unos individualistas enérgicos y creadores que iniciaron el trabajo con familias cada uno por su cuenta y desarrollaron un estilo personal. Los primeros intentos se guiaron en considerable medida por el psicoanálisis (entendido en sentido amplio): desde 1951, Nathan Ackerman trató en Nueva York a familias con niños emocionalmente perturbados. Para él era preciso hacer que la familia comprendiera sus problemas, que en su opinión eran manifestaciones de experiencias anteriores. Murray Bowen trabajó desde 1954 para el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos con esquizofrénicos y sus familias, todavía con una orientación psicoanalítica relativamente marcada (con posterioridad se le sumó Lyman Wynne). Otros iniciadores de esta terapia familiar de orientación psicoanalítica que se suelen mencionar son Boszormenyi-Nagy y James Framo (Filadelfia) y Theodore Lidz (Yale).

Carl Whitaker ya en 1946 en Atlanta trataba a esquizofrénicos en el seno de su familia; aspectos nucleares de su trabajo eran la necesidad de experiencias emocionales, la inclusión de su propia personalidad y de sus intuiciones (lo cual volvió muy difícil la enseñanza de sus procedimientos) así como aspectos que desempeñaron importante papel también en la psicología humanista, como crecimiento, totalidad, espontaneidad, etc. Virginia Satir elaboró un abordaje parecido -si bien independientemente de Whitaker-; ella trabajó con familias desde 1951, e influyó en considerable medida sobre el desarrollo de la terapia familiar. Ha publicado muy poco y rara vez con pretensión de «elevada ciencia» (lo que en cambio hicieron los «hombres» próximos a ella, sobre la base de experiencias del trabajo de Satir, p.ej., Paul Watzlawick, Jay Haley, Richard Bandler). Pero ha sido muy vasta su práctica de la terapia familiar; ha organizado programas de formación y ha difundido experiencias y puntos de vista en una vasta actividad docente que se extendió por diversos estados de los Estados Unidos a fines de la década de 1950; y por Europa, después de 1960.

En 1959, Virginia Satir, Don Jackson y Jules Riskin fundaron el MRI («Mental Research Institute») en Palo Alto. En la década de 1960 se sumaron entre otros Paul Watzlawick, Jay Haley, John Weakland, John Bell (el nuevo director del MRI tras el suicidio de Jackson en 1967). También Gregory Bateson, uno de los «padres» de los abordajes sistémicos (cf. infra) colaboró con ese instituto de 1961 a 1963, y del mismo modo en 1961 y 1962 se mantuvieron contactos regulares con Milton Erickson, el «fundador» de la hipnoterapia moderna (Haley y Weakland se habían formado con él). Gracias a sus programas de formación en terapia familiar, dirigidos por Satir hasta 1967, el MRI fue conocido también en Europa como una de las células germinales de la terapia familiar. La escuela de Palo Alto, que sitúa en el centro de su trabajo la interacción actual que se produce en el seno de la familia, en particular sus pautas de comunicación, recibe además la designación de «escuela de la comunicación» en terapia familiar. Satir hizo su aporte con la elaboración de cuatro tipos de comunicación (cf. el capítulo 19, 3).

Salvador Minuchin, introducido en la terapia familiar por Ackerman, elaboró en la década de 1960 en Filadelfia (en Nueva York primero, y desde 1965 en Filadelfia) un influyente abordaje que ha recibido el nombre de «terapia familiar estructural» (cf. el capítulo 19, 4). Este atiende sobre todo a la diferenciación del sistema familiar en subsistemas, a su deslinde y a sus estructuras de interacción. Junto con Minuchin trabajó de 1967 a 1976 Jay Haley, quien provenía del MRI e hizo también una notable contribución al abordaje estructural. El propio Haley es además fundador de un abordaje de orientación marcadamente sistémica, la «terapia familiar estratégica» (cf. el capítulo 19, 5).

También en Europa se empezó a trabajar con familias en la década de 1950: en Inglaterra, John G. Howells desarrolló desde 1950 un programa de psiquiatría familiar. Hacia el final de esa misma década, Ronald D. Laing empezó a investigar familias que tenían un miembro esquizofrénico. En Alemania, Horst-Eberhard Richter practicó terapia familiar desde 1960; a fines de la década de 1960, Helm Stierlin pasó a ser en Heidelberg el segundo exponente alemán de la terapia familiar. En Italia, por esa misma época, Mara Selvini Palazzoli y su grupo de Milán («escuela de Milán» de la «terapia sistémica») iniciaron un abordaje estratégico que ha llegado a ser todavía más radical que el de Haley (cf. el capítulo 19, 5), en tanto Maurizio Andolfi comenzaba a desarrollar la terapia familiar en Roma.

Trenckmann (1982) ha demostrado en un interesante artículo que en Europa ya en los siglos XVIII y XIX existían ciertos conocimientos y puntos de vista psiquiátricos que, reconsiderados hoy, se dirían de terapia familiar pero que se presentaban como «anomalías» para el paradigma de la época (según la noción de Kuhn, 1967). Refiere este autor que ya a fines del siglo XVIII se sabía que enfermos mentales graves tenían escasas posibilidades de mejorar si se los dejaba en el seno de su familia (p.ej., Georget, 1821; Von Nostiz y Jenkendorf, 1829). En cambio se comprobaban «mejorías sorprendentes» si se colocaba a los enfermos en familias ajenas, hecho este «que los sistemas teóricos aplicados a la enfermedad psíquica no atinaban a explicar» (Trenckmann). En Bélgica y en Escocia, y también en algunos lugares de Alemania, este modo de asistencia por medio de familias era práctica establecida en considerable medida en el siglo XIX. Existía una tercera «anomalía»>: psicosis de una persona enferma eran «contagiadas» a otra que sin tener lazos de sangre vivía en estrecha comunidad con ella, lo que se llamó folie á deux o folie commune. Trenckmann apunta, para terminar, que en el pensamiento patogenético del siglo XVIII la enfermedad mental se consideraba causada también por la sociedad, y que esta visión social se fue perdiendo cada vez más en el siglo XIX a medida que la enfermedad psíquica se interiorizaba e individualizaba.

Dos advertencias para terminar: la exposición que escogimos presentar de los modernos abordajes de la terapia familiar, que en líneas generales coincide con la articulación del capítulo que le dedicamos expresamente, comunica la idea de corrientes o de escuelas bastante deslindadas. Pero lo que hoy existe es una gran cantidad de abordajes muy diferenciados cuyo punto en común consiste en prestar particular atención a procesos que ocurren en el contorno social inmediato del paciente «individualizado» y en intervenir terapéuticamente en ese plano (entre otros, o de manera exclusiva, según los diversos abordajes).

La siguiente división en capítulos es, por lo expuesto, arbitraria: se guía más por una consideración didáctica; en los dos breves capítulos que siguen se introducen la terapia individual sistémica y el concepto de colusión de la terapia de parejas como objeto central de la exposición, importantes una y otro en el marco de la terapia familiar, con la esperanza de facilitar así la comprensión de la diversidad de abordajes presentados en el capítulo 19.

## 17. Terapia individual sistémica: comunicación y paradoja

Una «terapia individual sistémica» en el sentido estricto del concepto sería aquella en que un terapeuta se tratara a sí mismo tomando en cuenta aspectos sistémicos -lo cual en principio es posible, p.ej., podría intentar curarse el insomnio por medio de una auto intervención paradójica-, pero no es lo que queremos decir aquí. «Terapia individual» es más bien un concepto tomado de la psicoterapia usual, en que un terapeuta trabaja con un cliente individual. Vale la pena señalar que este concepto parece indicar que no siempre se da por evidente la participación de dos personas, cliente y terapeuta, y que la dinámica del trabajo terapéutico está presidida por un sistema complejo de comunicaciones (incluido el «diálogo interior» en la forma de expectativas, autodefiniciones, etc.) y de relaciones.

En 1967 apareció un libro muy conocido en que tres autores del grupo de Palo Alto, Watzlawick, Beavin y Jackson expusieron resumidamente sus experiencias y concepciones teóricas sobre la pragmática de la comunicación humana (una edición revisada en lengua alemana apareció en 1969). El concepto de «pragmática» se centra, dentro de la semiótica -la ciencia de los signos (texto clásico: Morris, 1938)-, en la aplicación y el efecto de los signos (p.ej., el lenguaje) en orden a la comunicación. A diferencia del aspecto «sintáctico», que tematiza la relación de los signos entre sí (p.ej., la gramática), y del aspecto «semántico», que considera la relación de los signos con los «objetos» (en el sentido amplio) designados, el aspecto «pragmático» trata de los signos en su relación con sus usuarios (cf. también Kriz, 1982, 1985; Lisch y Kriz, 1978; Kanngiesser y Kriz, 1983).

«Comunicación» denota, en este contexto, toda conducta dentro de una situación interhumana (fenómenos de «comunicación de masas, como la prensa, la televisión, etc., no se tratan en ese libro); por lo tanto, no se refiere únicamente a las palabras sino que incluye todos los aspectos «paralingüísticos» (tono de voz, acento, modulación, velocidad, pausas, risas, etc.), la mímica, los gestos, la postura corporal, etc. Ahora bien, la comunicación misma puede ser tomada como asunto de la comunicación, p.ej., a la pregunta (comunicación) «¿qué hora es?» se puede responder «¿por qué lo preguntas?» o «¿no puedes dejar de hacerme preguntas continuamente?»., A esta comunicación sobre la comunicación se la llama «metacomunicación»; desde luego que es posible comunicar también acerca de la metacomunicación, lo que sería una metametacomunicación (p.ej., si la primera persona replicara «me disgusta que respondas a mis preguntas con otras preguntas»). En teoría, para cualquier nivel E se puede generar un nivel E' superior si los procesos de comunicación de E se toman como asunto de la comunicación.

Ahora bien, Watzlawick et al., elaboraron algunas propiedades fundamentales (pragmáticas) de la comunicación humana, que ellos definieron en la forma de los cinco «axiomas» que a continuación expondremos. Según ellos mismos lo entienden, se trata de formulaciones provisionales que no pretenden ser completas. Estos axiomas (aun formulados con posterioridad) constituyen por así decir la base de la «teoría del doble vínculo» que explica la esquizofrenia como una perturbación de la comunicación (véase infra, cf. también el capítulo 19, 5), dada a conocer por Bateson, Jackson, Haley y Weakland en 1956. De esta teoría del «doble vínculo» -y, en relación con ella, del análisis de la comunicación paradójica y perturbada- se siguen estrategias para una terapia sistémica. En lo que sigue esbozamos sus aspectos esenciales.

### 17.1 Axiomas pragmáticos y perturbaciones de la comunicación

Axioma 1: Es imposible no comunicar.

Este axioma resulta de la definición anterior según la cual toda conducta dentro de una situación interhumana es comunicación. Pero «conducta» no tiene opuesto porque aun «quedarse como muerto» es conducta. Guardar silencio ante una pregunta puede ser muy elocuente: puede significar diversas cosas, pero es imposible que no signifique nada.

Perturbaciones de la comunicación, tematizadas por medio de este axioma, se encuentran sobre todo en el terreno de la esquizofrenia: muchos autores (p.ej., Bateson et al., 1956; Haley, 1978, primera edición norteamericana, 1963; Laing, 1977, primera edición inglesa, 1961) coinciden con Watzlawick et al. en que el esquizofrénico se comporta como si intentara no comunicar (véase infra, para más precisiones). Para sustraernos de una situación apremiante en que otro procura interrogarnos o reinterpretar nuestros propios enunciados, no tenemos más salida que alejarnos, declarar de manera explícita que no queremos seguir hablando, desvalorizar los enunciados (p.ej., producir deliberadamente oscuridades, malentendidos, contradicciones, etc.) o generar síntomas (no entender, síntomas psicóticos, etcétera).

Axioma 2: Toda comunicación presenta un aspecto de contenido y uno relacional de tal manera que el segundo comanda al primero y por eso es una metacomunicación.

El lenguaje no comunica sólo estados de cosas sino que es por excelencia creador de relaciones. Así, la oración «¿Tienes tú automóvil?», según se la acentúe y según el contexto, puede significar cosas muy diferentes, p.ej., recalcar «tú» tal vez dé a entender que uno no lo habría creído del otro. Los enunciados nunca son enteramente unívocos. Ya por el hecho de que todo enunciado se puede entender en sentido irónico (y por lo tanto puede significar su contrario), la diferencia entre «se entiende así» y «no se entiende así» sólo se puede establecer en un nivel metacomunicativo. Schulz von Thun (1981) indica, basándose en Bühler (1934), que en toda comunicación, además de los aspectos «contenido objetivo» y «contexto» se pueden considerar también otros dos: «autorrevelación del emisor» y «apelación al receptor». Si, p.ej., uno de los asistentes a un seminario, dice «el aire aquí es irrespirable», en el aspecto contextual esto suena a «¡qué pretende usted de nosotros!»; como autorrevelación se entendería «ya no puedo mantener la atención» y como apelación «¡abramos la ventana y hagamos una pausa!». Watzlawick et al, sin embargo, no toman estos dos últimos aspectos en la práctica, porque -afirman- no les interesan los motivos (íntimos) sino que se ocupan sólo de la conducta (observable).

Perturbaciones de la comunicación en orden a este axioma se producen a menudo como contaminación de los niveles contextual y del contenido. Para sobrellevar una controversia sobre una cuestión objetiva, p.ej., es preciso estar de acuerdo en el nivel contextual, o sea que uno tiene que estar de acuerdo en estar en desacuerdo. Si una de las partes o las dos cuestionan esto, el resultado puede ser una gran confusión. Otras perturbaciones se generan cuando los comunicadores no se confirman entre sí las definiciones contextuales que van implícitas en cada enunciado, sino que atribuyen al otro, p.ej., motivos diferentes. Laing, Phillipson y Lee (1971), que se ocuparon en detalle del aspecto «percepción interpersonal, han construido para explicarlo el siguiente ejemplo que pone en evidencia la complejidad de las estructuras de expectativa e interpretación recíproca: «Un hombre siente que su esposa no lo comprende. ¿Qué significa esto? Tal vez que él piensa. . . que ella piensa que él es cruel, cuando sólo pretende mostrarse firme, o que es egoísta, cuando en definitiva es que no quiere ser explotado como un individuo débil. Tal vez su esposa perciba que él piensa que ella piensa que él es egoísta, cuando todo lo que ella querría es moverlo a ser un poquito menos reservado. Posiblemente ella piensa que él piensa que ella piensa que él es cruel, porque ella percibe que él recibe siempre como un reproche todo lo que ella dice. . . >, (bid., pág. 37).

Axioma 3: La índole de un contexto está condicionada por las puntuaciones que introduce el participante.

El tiempo es un fenómeno en continuo fluir; para cada situación, permite descubrir una precedente y otra consecuente. Según el axioma 1, en toda situación producen conductas los dos participantes. Por eso para una conducta a de A se puede descubrir una conducta b de B que la precede (y a la inversa). Se introduce una puntuación cuando esta serie infinita de conductas es descompuesta en partes y es, así, estructurada de un modo determinado. La «secuencia» . . . a-b-a-b-a-b-a. . . se puede articular en . . . a/b-a/b-a/b/a. . . , pero también en . . . a/b-a/b-a/b-a/. . . Esto adquiere especial interés cuando estas articulaciones son objeto de interpretación causal: en la primera puntuación, b aparece causado por a, y en la segunda, a causado por b. Watzlawick et al. eligen como ejemplo de a el refunfuño de una esposa A, mientras que b es el retraimiento de su marido B. A explica a como reacción a b, y B explica b como reacción a a.

Perturbaciones de la comunicación referidas a este axioma se esquematizaron ya en el ejemplo anterior. Además de la divergencia en la interpretación causal existe otro fenómeno que puede dar lugar a perturbaciones, «la profecía que crea las bases para su propio cumplimiento». Si, p.ej., alguien cree que otros le tienen encono, los tratará con tanta prevención y desconfianza que estos se comportarán de manera «sospechosa», y la persona lo tomará como confirmación de su conjetura, etcétera.

Axioma 4: *La comunicación humana se vale de modalidades digitales y analógicas. Las comunicaciones digitales tienen una sintaxis lógica compleja y variada pero una semántica insuficiente en el terreno de lo contextual. Las comunicaciones analógicas, por el contrario, poseen este potencial semántico, pero carecen de la sintaxis lógica requerida para una comunicación unívoca.*

Por «digital» se entiende la coordinación artificial, aprendida por convención, de signos y contenidos, p.ej., la secuencia de signos g-a-t-o para el animal gato. En cambio, es «analógica» la

coordinación cuando existe una «relación de semejanza básica» entre el contenido y el signo (distintivo), p.ej., entre la imagen de un gato y el animal gato. Por referencia al axioma 2, los autores señalan que el aspecto de contenido de una comunicación se transmite prevalentemente por vía digital (p.ej., en forma de palabras), mientras que el aspecto contextual lo hace por vía analógica (p.ej., por medio de mímica, gestos, tono de la voz, etc.). Con palabras se puede argumentar de manera bien precisa, p.ej., que uno ama a su compañera y las razones que lo mueven a ello; para el contexto, para la relación, es mucho más simple y claro tomarla entre los brazos. En cambio, por medio de mímica, gestos, etc., es asaz difícil comunicar que de Hamburgo a Osnabrück hay 90 km más que de Hamburgo a Hannover.

Esta distinción en modalidades analógicas y digitales se puede poner en relación con las capacidades salientes de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo, pero además recuerda a la diferenciación de Alfred Adler entre sistema relacional primario y secundario (cf. el capítulo 3).

Perturbaciones de la comunicación referidas a estas modalidades digital/analógica responden con frecuencia a los ya esbozados problemas de la plurivocidad y la dificultad de traducción. En un trabajo sobre perturbaciones de la comunicación, Bateson y Jackson (1964) formulan incluso la hipótesis de que los síntomas histéricos serían una retraducción de material digital en analógico, p.ej., un dolor de cabeza que se adujo verbalmente para librarse de un requerimiento, pasa a ser después una realidad subjetiva y se produce en efecto. La particular problemática que es consecuencia de una contradicción entre aspectos analógicos y digitales se volverá a considerar más adelante, a raíz de la teoría del «doble vínculo».

*Axioma 5: Los decursos de la comunicación interhumana son simétricos o bien son complementarios, según que la relación entre los participantes se base en una igualdad o en una diferencia.*

Este axioma se inspira en las observaciones de la conducta que Bateson había hecho ya en 1935 entre los yatmul (cazadores de cabezas de Nueva Guinea) y que había descrito con el concepto de cismogénesis; cuando B «reacciona» con b ante a, y A reacciona con a ante b (cf. el axioma 3), se pueden distinguir dos formas siguiendo las cuales a y b se acrecientan cada vez más: si a y b son iguales (p.ej., desafiar o pelear), la conducta se acrecienta de manera simétrica (el desafío es «respondido» con más desafío, y este con un desafío aún mayor, etc.); si a y b son diferentes y se complementan entre sí (p.ej., a: dominación; b: sumisión; o bien a: estar desvalido; b: asistir), esta conducta complementaria de igual manera se acrecienta en reciprocidad (p.ej., la asistencia puede volver al otro todavía más desvalido y «requerir» más asistencia, etc.). En ambos casos, los dos participantes, sobre la base de una interacción diferenciada, perciben su conducta como una «reacción necesaria» ante la conducta del otro.

Las perturbaciones en estas interacciones simétricas y complementarias provienen sobre todo de una opción rígida, excluyente, entre una de las dos posibilidades, mientras que si la relación de ambos participantes es buena, aquellas dos formas concurren y se pueden intercambiar de una manera enteramente flexible, aspecto este que elucidaremos con más precisión en el capítulo sobre la terapia de pareja en conexión con el concepto de colusión.

## 17.2 Conceptos y aspectos de la comunicación desde el punto de vista sistémico

En el capítulo anterior ya introdujimos y consideramos algunos conceptos en conexión con sistemas. Señalamos allí que un sistema consiste en una colección de elementos y en relaciones definidas sobre esta colección. Y apuntamos en son de crítica que en los abordajes de terapia sistémica muchos conceptos provienen de otros dominios de la ciencia, en particular de la teoría general de sistemas (se considera fundador a Ludwig von Bertalanffy), la cibernética (Norbert Wiener), la teoría de la información (Claude Shannon), transformados y redefinidos para su aplicación, de manera más metafórica que precisa, con arreglo a las síntesis conceptuales del antropólogo cultural Gregory Bateson. En lo que sigue, sin más cuestionamientos, elucidamos algunos conceptos centrales que tienen importancia tanto en el abordaje de teoría de la comunicación de Watzlawick et al. como en los demás abordajes de la terapia sistémica.

### *a) Realimentación y regulación*

Ya hemos considerado en particular el aspecto de la circularidad o realimentación («feedback»): el influjo de un elemento, A, sobre otros, B, C, etc., revierte sobre A (con una demora en el tiempo). En la cibernética se distingue entre realimentación positiva y negativa: en la realimentación positiva, la desviación respecto de un «valor normal» conduce a una desviación más grande, y a su vez esta a una todavía mayor, etc.; el sistema, por así decir, explota. En cambio, en la realimentación negativa esa misma desviación se corrige por la activación de mecanismos que operan en el sentido contrario y reconducen el sistema a su estado inicial. Por lo tanto, un sistema con realimentación negativa muestra una considerable estabilidad.

### *b) Sistemas cerrados y abiertos*

En los sistemas cerrados sólo existen relaciones entre los elementos del propio sistema. En los abiertos, en cambio, existen además relaciones entre elementos del sistema (al menos algunos de ellos) y otros elementos que no pertenecen al sistema (el «medio»; señalemos aquí que conceptos como «existen» o «pertenecen» se deben entender siempre en relación con un sujeto de conocimiento, y que lo mismo vale para el deslinde entre sistema y medio). Los sistemas vivos son por principio abiertos porque intercambian con el medio materias, energía o información.

### *c) Homeostasis, calibración, función de los niveles*

Durante mucho tiempo, el aspecto de la realimentación negativa fue casi el único considerado, o sea que los sistemas se abordaron desde el punto de vista del modo en que se regulaban a sí mismos, es decir, permanecían estables frente a la variación de las condiciones del ambiente y se ajustaban a un determinado equilibrio. En lugar de «equilibrio» o de «estabilidad» se habla también de «homeostasis» (o de «morfostasis» cuando se escoge la perspectiva según la cual un sistema mantiene su estructura en medio de la variación de las condiciones del ambiente).

Haley (según Hoffmann, 1982, pág. 17) da un buen ejemplo de homeostasis: «Supongamos que las personas en las condiciones existentes funcionen como "reguladores" dentro de su relación recíproca y supongamos además que la función del regulador sea mantener los cambios en un mínimo; de ello se seguirá el primer axioma de las relaciones humanas: cuando una persona manifieste un cambio en su relación con otra, esta se comportará de manera que ese cambio resulte el mínimo y el más moderado posible».

En época más reciente, empero, se ha producido un notable giro en la consideración de los sistemas; interesan menos los procesos estáticos que los evolutivos, es decir, no importa tanto la manera en que un sistema se mantiene en equilibrio cuanto su desarrollo. A la morfostasis, la estabilidad dentro de un ambiente que varía, se contraponen la morfogénesis, el cambio estructural que se vuelve necesario ante modificaciones demasiado grandes del ambiente. Estos procesos se suelen consumir por saltos discontinuos cuyo resultado no se puede prever con exactitud. Tras uno de estos saltos (que se podría describir formalmente por medio de la teoría de las catástrofes), el sistema reencuentra un equilibrio, o sea que durante el salto fue necesaria una realimentación positiva, pero ahora se restablece una realimentación negativa. A manera de ejemplo pensemos en un grifo que se abra lentamente: al comienzo el chorro es parejo; después, a partir de un determinado volumen del agua que fluye por unidad de tiempo, adopta una determinada forma desigual, que finalmente se vuelve a estabilizar; si el grifo se sigue abriendo, se alcanzará un nivel superior en que la forma de repente se modifique, etc. Se dice que el sistema «se calibra» en otro «nivel», o sea que el sistema es apartado del equilibrio hasta el punto en que en otra forma tiene que encontrar una nueva estructura de equilibrio, que se mantiene (al comienzo) estable.

### 17.3 Paradojas comunicativas y «doble vínculo»

«Una paradoja se puede definir como una contradicción que deriva de una deducción consecuente a partir de premisas exentas de contradicción» (Watzlawick et al., 1969, pág. 171). En la filosofía se conocen muchas de estas paradojas que se presentan en el dominio lógico-matemático o de las definiciones (p.ej., «la clase de todas las clases que no se contienen a sí mismas como elemento», o «el barbero que afeita a todos los hombres que no se afeitan a sí mismos, exclusivamente»). Estas paradojas no tienen importancia práctica en la vida cotidiana.

En cambio, en la vida cotidiana se pueden dar indicaciones que sean paradójicas, es decir, insostenibles lógicamente. Un ejemplo típico es la exhortación hecha a la persona A: «¡Sé espontánea!» (un paradigma que concretamente se presenta en variantes como «no seas tan condescendiente» o «¡debes amarme!»). Como la espontaneidad se define en principio por el hecho de no ser deliberada, aquella exhortación no puede ser acatada. Porque si A acata la exhortación, no es espontánea. Además, no le queda posibilidad alguna de elección, sino que todo resto de espontaneidad que hubiera tenido sin que mediara la exhortación, se arruina por completo porque, si la acata, deja de ser espontánea. En el momento en que la persona A acepta este «juego», ya ha perdido. Watzlawick et al. llaman a esto una «paradoja pragmática». La posibilidad de encontrar una salida adecuada está en metacomunicar, es decir, en señalar la imposibilidad lógica de acatar la exhortación.

Ahora bien, esta salida puede estar bloqueada por estar prohibido metacomunicar y/o por el hecho de no ser transparente la paradoja lógica que está en la base de la exhortación. En los dos casos la persona queda encerrada. Resta todavía una alternativa, y es que la persona intente no actuar y no comunicar. Pero como en sentido estricto esto, por el axioma 1, es imposible, puede al menos elegir un estado parecido comportándose de un modo «extravagante» p.ej., ««esquizofrénico»»-; en efecto, una reacción desarreglada, que en el sentido de los esquemas de «normalidad» no es una reacción, tampoco puede ser falsa, o sea que de esta manera no se pierde en aquel «juego» (tampoco se gana, sino que el resultado queda indeciso).

Con esta ilación argumental se insinúa una explicación de la «esquizofrenia» como reacción adecuada frente a situaciones insostenibles, que ha sido formulada por Bateson et al. en 1956 en el marco de la teoría del «doble vínculo». He aquí las características esenciales del «doble vínculo» (según Watzlawick et al., 1969, pág. 195 y sig., levemente modificadas):

a. Dos o más personas mantienen entre ellas una relación que para una o para todas tiene una elevada importancia vital psíquica y/o física (la constelación típica es la de madre-hijo).

b. Dentro de este contexto, se produce una comunicación que: 1) enuncia algo; 2) enuncia algo sobre el propio enunciado, y 3) está compuesta de modo que los dos enunciados se niegan uno al otro o son incompatibles entre sí. En el caso de una exhortación a actuar, se trata por lo tanto de una de las paradojas que describimos antes. En el caso de una definición de «yo» o de «tú», la persona definida es sólo si no es, y a la inversa.

c. El receptor de esta comunicación no puede sustraerse de la estructura relacional así construida ni por metacomunicación ni por retraimiento. Aunque carece de sentido lógico, la comunicación es una realidad pragmática. Es imposible no reaccionar a ella, pero es imposible también dejar de comportarse de manera paradójica porque la comunicación misma es paradójica.

Para la génesis de una esquizofrenia se agregan otros dos elementos:

d. Un «doble vínculo» frecuente o crónico induce expectativas habituales de difícil modificación respecto de la naturaleza de las relaciones humanas, expectativas que a partir de cierto momento ya no necesitan de ulterior refuerzo.

e. La conducta paradójica causada por el «doble vínculo» tiene a su vez los correspondientes retroefectos, y esto eterniza determinadas estructuras de comunicación. Si se la aísla artificialmente, la conducta del participante en la comunicación que se ve más evidentemente perturbado reúne los criterios clínicos de la esquizofrenia.

Para todo esto, es preciso señalar una vez más que palabras como «génesis», «causar», etc., no se deben entender en sentido lineal-causal (cf. el capítulo 16) sino que representan un compromiso expresivo ante la dificultad de nuestro lenguaje para describir en términos simples relaciones circulares que tienen forma de red. El «doble vínculo» no causa la esquizofrenia en el sentido de la causa y el efecto. El fenómeno «esquizofrenia» (que corresponde a unos criterios clínico-diagnósticos) ocurre más bien por obra de una perspectiva del observador dirigida a determinada persona, cuando en verdad la estructura relacional típica, dentro de la cual aquella se encuentra, puede ser caracterizada por el «doble vínculo». Por lo menos el punto e deja ver con claridad que las relaciones de «doble vínculo» son recíprocas. (Tal vez estas estructuras asaz difíciles para el pensamiento «habitual» se entiendan mejor considerando consecuentemente la comunicación, según lo propusimos en el capítulo anterior, como una relación entre -por lo menos- dos partes. Algo análogo vale para la relación R «más grande que»; en el enunciado «A es más grande que B», R no se puede considerar propiedad de A, puesto que para que A sea mayor que B necesita indispensablemente de B; la afirmación «A es más grande que» no es falsa sino que carece de sentido; y la variante «A es grande», que recuerda a «A es esquizofrénico», o carece igualmente de sentido, o presupone de manera implícita una «visión del mundo» homogénea en todos los que participan en la comunicación -en este caso, acerca del B omitido-, que es, por lo menos, cuestionable.) Mientras tanto, el conocimiento de que en las «familias esquizofrénicas» -aun en ausencia del paciente individualizado- son asunto cotidiano paradojas comunicativas o, al menos, notables discordancias y contradicciones en la comunicación es un valor entendido para centenares de clínicos e investigadores. (Sin embargo, hemos dicho deliberadamente «conocimiento» y no «hecho» para poner otra vez de manifiesto el carácter perspectivista de la «realidad». El que se acerque a un esquizofrénico individual con la intención de averiguar la dosis de psicofármacos que él «necesita» recurrirá sin duda a otros conocimientos.) Estos conceptos se retoman y especifican más en el capítulo que trata de la terapia familiar.

## 17.4 Terapia individual de orientación sistémico-comunicativa

Aunque en la terapia se incluya sólo a un individuo, el terapeuta puede tratar de aprehender, desde una perspectiva sistémica, las estructuras de interacción familiares relacionadas con los síntomas, el modo en que los demás miembros de esta tal vez reaccionen frente a los cambios del paciente -o en que los boicoteen

inconscientemente para conservar la homeostasis (véase supra)-, y planear sus intervenciones en consecuencia. Pero no hemos de estudiar aquí este aspecto de la terapia individual sistémica (aunque parece probable que en casi toda terapia lograda ese aspecto desempeñe de forma implícita un papel importante).

Más bien se trata de la intervención terapéutica en casos en los que el paciente se ha apresado a sí mismo en una suerte de «doble vínculo» (o en que el problema se puede interpretar así desde el punto de vista terapéutico). Como el rasgo típico del ser humano es su conciencia reflexiva, una persona no se comunica sólo con otras personas sino también (para no decir preferentemente) consigo misma; y no sólo con otras, sino también consigo misma, establece relaciones (aspecto este que en la terapia familiar, p.ej., se suele pasar por alto). Las paradojas pragmáticas, en consecuencia, pueden tener acción eficaz en el «diálogo interior» y no sólo en la comunicación con otros.

El ejemplo típico es una persona que quiere dormir (p.ej., porque a la mañana siguiente debe estar bien despabilada para afrontar un examen o porque ya sabe que «tiene» «insomnio»). Más avanza la hora, más tiempo sigue despierta, y tanto más se agrava el problema. «Me tengo que dormir ahora mismo porque si no . . . »» (« . . . no despertaré» o « . . . me sentiré mal», etc.): esto se convierte cada vez más en motivo dominante y de sufrimiento. Pero aquí se trata de una variante de la paradoja «¡sé espontáneo!»: dormirse es un proceso natural espontáneo que precisamente por eso no puede ser «querido»; mientras más energía y fuerza de voluntad se pongan en el acto de dormir, tanto más improbable se volverá el resultado (aunque en la mayoría de los casos el agotamiento físico pone término al juego de pensamientos paradójicos). Parecida estructura de problemas se presenta con frecuencia en las perturbaciones sexuales o en las angustias de evitación.

De manera análoga a lo que ocurría en los casos que expusimos antes, esta paradoja sólo se puede resolver en un metaplano. Watzlawick et al. (1974) han mostrado, mediante un circunstanciado análisis, que muchas veces el problema consiste exclusivamente en el intento de solucionarlo: la mayoría de las personas duermen justamente porque no se empeñan con todas sus fuerzas en solucionar el «problema de dormir». Es el esfuerzo de querer resolverlo el que genera el problema. Algo semejante ocurre cuando alguien cree que es muy poco espontáneo y se propone serlo enteramente en lo sucesivo. Mientras más lo intente, más a menudo la persona se dirá «ahora tengo que ser completamente espontánea», y tanto menos lo conseguirá: es el intento de solución el que crea el problema. Pero tan pronto como sucede esto, la persona se encuentra en una situación compulsiva: el problema existe «realmente» (o sea, produce su efecto patológico) y todo intento de resolverlo en este plano lo vuelve aún más manifiesto. El paciente deberá salirse, por así decir, del plano de los intentos de solución y saltar a un metaplano para zafar del problema-solución-trampa. Watzlawick et al. (1974) llaman a esto «soluciones de segundo orden».

Un recurso terapéutico importante para obtener esas soluciones de segundo orden es el «doble vínculo terapéutico», que tiene prácticamente la misma estructura que el «doble vínculo» patológico. Ya en Watzlawick et al. (1969, pág. 225) se presenta la siguiente descripción (levemente modificada) del doble vínculo terapéutico:

a. Presupone una relación estrecha, en este caso, la situación psicoterapéutica, que tiene mucha importancia vital para el paciente y le despierta gran expectativa.

b. En esta situación se imparte una exhortación de tener cierta conducta, construida de manera que: 1) refuerce la conducta que el paciente querría cambiar; 2) presente este refuerzo como medio para el cambio, y 3) produzca una paradoja porque el paciente es exhortado a cambiar no cambiando. Pero de esta manera entra con su patología en una situación insostenible. Si obedece a la exhortación, demuestra que por lo menos en parte tiene su conducta bajo control conciente y, por lo tanto, la puede modificar. Si ofrece resistencia a la exhortación, sólo lo puede hacer por medio de una conducta no sintomática, con lo que de igual manera se alcanza el fin del tratamiento.

c. La situación psicoterapéutica impide al paciente sustraerse de la paradoja o deshacerla por la vía de traerla a discurso y comentario. Aunque (o porque) la exhortación es absurda, constituye una realidad pragmática: el paciente no puede dejar de reaccionar a ella, pero no puede hacerlo según su manera habitual, sintomática.

Este doble vínculo terapéutico, denominado también «intervención paradójica» o «prescripción del síntoma», y que ya había sido aplicado mucho antes por Milton Erickson o Viktor Frankl (ef. el capítulo 15, 1) elimina, en consecuencia, las soluciones de orden primero, que constituyen el problema mismo, por medio de soluciones de orden segundo. En el ejemplo anterior del insomnio, se recomendará al paciente obligarse a permanecer despierto, tal vez con la indicación de que permanezca en la cama con los ojos abiertos y no los cierre para no dormirse. La formulación precisa de la intervención paradójica se tiene que ajustar en lo posible al contexto específico del paciente para que suene creíble como prescripción. Esto requiere notable creatividad de parte del terapeuta, como se lo comprueba a menudo en la bibliografía sobre intervenciones paradójicas.

Lo importante es apartar al paciente de la «solución» (de orden primero), que constituye el problema. En este ejemplo, la intervención no se dirigirá contra el insomnio sino contra el empeño de dormir a toda costa. Watzlawick et al. (1974, pág. 105) resumen de este modo la introducción de soluciones de orden segundo:

a. Se aplican soluciones de orden segundo a soluciones de orden primero toda vez que estas no sólo no aportan solución alguna sino que ellas mismas constituyen el problema que es preciso resolver.

b. Mientras que las soluciones de orden primero responden casi siempre al «sentido común», las de orden segundo a menudo presentan una apariencia absurda, inesperada e irracional: son, por su naturaleza, sorprendentes y paradójicas.

c. El hecho de que las soluciones de orden segundo conciernan a pseudo soluciones que crean el problema significa además que los problemas por resolver son abordados aquí y ahora. Los que de este modo se modifican son los efectos, no las presuntas causas de la situación de que se trata; por eso la pregunta decisiva es «¿qué?», no «¿por qué?».

d. Las soluciones de orden segundo arrancan la situación por resolver del círculo vicioso paradójico, autorreferido, dentro del cual se desarrollaron hasta este momento los intentos de solución, y la insertan en un marco nuevo, más amplio.

Los autores dan numerosos ejemplos de doble vínculo terapéutico o de soluciones de segundo orden. Como ya hemos dicho y como lo deja entender el punto b, la construcción de estas soluciones «inesperadas» y «paradójicas» depende en buena medida de la creatividad del terapeuta y de su capacidad para edificar de manera adecuada la «estrategia» en el lenguaje y dentro del contexto de acción del cliente. Sin duda que esto es menos susceptible de planificación y de transmisión teórica de lo que sería deseable para la formación de terapeutas. En todo caso, la intervención concreta debe elaborarse desde un muy cuidadoso análisis del problema, que permita alcanzar una definición neta y precisa de este e incluya una investigación de las soluciones ensayadas hasta el momento así como una clarificación de las metas del tratamiento.

Apuntemos desde ahora que este procedimiento desempeña un papel central en la terapia familiar y, sobre todo, en sus «abordajes estratégicos» (véase el capítulo 19, 5).

## 18. La relación de pareja como colusión (Willi)

Si en el capítulo anterior elucidamos, desde la perspectiva de la terapia individual, conceptos y nociones centrales de la terapia estratégico-comunicativa de la escuela de Palo Alto, en este capítulo, desde la perspectiva de la terapia de parejas, nos introduciremos en los rudimentos de una extensión sistémica, de concepciones psicoanalíticas. Estas dos «corrientes» -la estratégico-comunicativa y la psicoanalítica (extendida)- desempeñan un importante papel en la terapia familiar, de la que trata el capítulo principal de esta Cuarta parte. En esa medida, la exposición que sigue se puede considerar introductoria a la comprensión de la dinámica intrapersonal e interpersonal en los sistemas familiares y de pareja.

Entre las diversas extensiones y modificaciones que ha experimentado la teoría psicoanalítica, destacaremos aquí el concepto de colusión de Jürg Willi (1975 y 1978) porque parece particularmente apto para orientar las perspectivas centrales del psicoanálisis, de ordinario dirigidas al individuo aislado y su conflicto intrapsíquico, hacia el «análisis del juego recíproco inconciente en la elección y el conflicto de pareja» (Willi), es decir, hacia pautas de acción social. Como Willi limita su abordaje preferentemente a la relación de pareja (sólo de manera periférica elucida la participación de terceros), no aprehende todavía la dinámica de la familia total, como en cambio lo hace la terapia familiar (que incluye a los hijos, a las familias de origen y al medio social más amplio). En cambio, muestra con evidencia el potencial explicativo que se puede liberar en el «psicoanálisis clásico» si se lo incluye en contextos nuevos. Además, Willi (1978) señala que es sólo una perspectiva específica, adoptada con miras al análisis, la que lleva a considerar la relación de pareja como colusión, pero que con ello no se niegan otros influjos que se ejercen sobre la relación de pareja, p.ej., la situación económica.

Además de cuatro pautas básicas de la relación neurótica inconciente (colusión, véase infra) de una pareja -y que en consonancia con la teoría psicoanalítica se dividen en colusión narcisista, oral, sádico-anal y fálica (véase infra)-, los otros conceptos esenciales de este abordaje son el principio del deslinde, la conducta de defensa progresiva y regresiva, así como la equiparación.

### 18.1 El principio del deslinde

En armonía con conocimientos centrales del psicoanálisis, de la terapia guesáltica, de la terapia familiar (en particular del «abordaje estructural», cf. el capítulo 19, 4) y, por fin, con la discusión desatada en torno de los abordajes sistémicos, Willi atribuye un peso importante al aspecto de los límites de un sistema. Tanto el deslinde dentro de la relación de pareja (es decir, entre los dos compañeros) como el deslinde de la pareja frente a otras personas se caracteriza, dentro del «campo normal», o sea, en una asociación que funcione bien, como «clara y permeable». En cambio, en el caso patológico estos límites son o demasiado rígidos o demasiado difusos. En total, de la dicotomía «límites interiores-límites exteriores» y de la dicotomía «rígido-difuso» resultan cuatro posibilidades de combinación para una clasificación de los deslindes patológicos. Pero se demuestra que en la realidad se presentan casi únicamente dos de estas combinaciones, a saber, relaciones de pareja (o «díadas») con límites interiores rígidos pero límites exteriores difusos, o con límites interiores difusos pero límites exteriores rígidos (Willi, 1975, pág. 16):

	campo patológico	campo normal	campo patológico
límite intra-diádico	rígido	claro y permeable	difuso
límite extra-diádico	difuso	claro y permeable	rígido







Las parejas con límites interiores rígidos pero límites exteriores difusos suelen erigir una muralla protectora entre sus miembros por miedo a una intimidad demasiado grande con pérdida de sí. La unión con personas extrañas tiene entonces la función suplementaria de asegurar el deslinde entre los miembros de la pareja. A esto se suman razones político-ideológicas o de cosmovisión (p.ej., «libertad sexual»), que llevan a buscar relaciones extramatrimoniales. Esto se vuelve problemático sobre todo cuando desaparecen las diferencias entre una relación de pareja extramatrimonial y la pareja propia.

Por el otro lado -límites exteriores rígidos pero límites interiores difusos- existen parejas que ven en el matrimonio una relación amorosa exclusiva con elevados ideales y expectativas para cada uno de los miembros y para el otro. La relación a que se aspira es una simbiosis total (no rara vez como sustituto de la simbiosis perdida madre-hijo); de esta manera, la idealización irrealista de estas demandas termina exigiendo demasiado del compañero y, por ahogo, extingue el amor en la relación. Un «matrimonio» (se utiliza este concepto para designar en forma abreviada todas las relaciones de pareja duraderas) tiene que observar, según Willi (1975, pág. 17), las siguientes características de deslinde:

- a. La relación de los miembros entre ellos debe ser distinguida nítidamente de toda otra relación de pareja. La díada se tiene que deslindar con claridad hacia el exterior, los miembros se tienen que sentir una pareja, deben reclamar espacio y tiempo para ambos, y llevar una vida matrimonial.

- b. Dentro de la pareja, los miembros tienen que permanecer distintos y respetar límites claros entre ellos.

## 18.2 Regresión y progresión

Una persona no neurótica -en esto coinciden todas las corrientes psicoterapéuticas- se caracteriza sobre todo por un vasto repertorio de conductas que es capaz de emplear de manera oportuna en diferentes situaciones, así como por una elevada cuota de identidad, estabilidad, autonomía y madurez (aquí basta comprender estos conceptos en su sentido cotidiano). Es parte de esto la capacidad de atender adecuadamente necesidades que se suelen caracterizar más bien como «infantiles»: las necesidades de protección, amparo, dependencia, ternura, copertenencia, etc. Esto supone percibir las primero en uno mismo, articularlas como deseos ante el compañero y poder entregarse a ellas. Estas necesidades «infantiles» se definen como tendencias regresivas de la conducta. Se contraponen a las conductas progresivas, que en comparación con aquellas se denominan «adultas», a saber, fortaleza, competencia, vigor, aplomo; en síntesis, son las conductas capaces de satisfacer las necesidades regresivas del compañero.

Mientras que en una relación sana de dos compañeros no neuróticos cada uno puede intercambiar de manera flexible sus tendencias progresivas y regresivas (que toda persona tiene en su interior), el neurótico se caracteriza justamente por una fuerte coartación de esta flexibilidad del repertorio de conductas, es decir, por una rigidez en sus deseos y una fijación en unas pocas tendencias de conducta. Las posturas defensivas neuróticas, que en la teoría psicoanalítica han sido descritas sobre todo por Freud y Reich, se abren paso aquí por fijación o a una posición regresiva o a una progresiva.

Estas posiciones se distinguen de las tendencias progresivas y regresivas «normales» por el hecho de que no se alternan de manera flexible sino que son adoptadas duraderamente por uno de los miembros de la pareja (según el concepto de colusión de Willi, en una relación de pareja se unen de preferencia un tipo regresivo y uno progresivo). Si el compañero situado en la posición regresiva rechaza prácticamente todas las demandas de conducta madura, tampoco la conducta del compañero situado en la posición progresiva se caracteriza por una madurez genuina sino por la pseudo madurez de una conducta sobrecompensadora. En la base de la posición progresiva estarán, por lo tanto, la defensa neurótica frente a la angustia, y la vergüenza por las propias tendencias regresivas.

## 18.3 La equiparación

Aunque en nuestra sociedad se suele atribuir una conducta progresiva, dominante, «masculina», a un miembro «dominante», y una conducta regresiva, sometida (en apariencia), «femenina», más bien al miembro «dominado», un análisis atento muestra casi siempre que es en extremo difícil averiguar quién es el «dominado». En efecto, según lo señalan no sólo las terapias psicoanalíticas sino casi todas las demás, no es raro que la enfermedad, el desvalimiento, la incapacidad, etc., se empleen como recursos notables para manipular al compañero y en definitiva «dominarlo» sutilmente.

En este sentido, Willi, lo mismo que Watzlawick et al. (1969) o Bach y Wyden (1970), sostienen que en la compleja dinámica de la pareja en principio se impone a la larga una equiparación, y no existen dominadores o dominados ni triunfadores o perdedores. En efecto, si la igualdad manifiesta se rompe un breve lapso porque uno de los compañeros parece al comienzo el «vencedor» en una querrela, el perdedor siempre tiene la posibilidad de restablecer el equilibrio: llegado el caso, de una manera sutil y destructiva. Los recursos que entonces se emplean son, p.ej., el llanto, los autorreproches depresivos, la fuga, el silencio porfiado, la actitud de mártir o de santo, la producción de síntomas psicósomáticos, el intento de suicidio, el alcoholismo, la negativa a trabajar, el enredo con un tercero, etc. Debería estar claro que la dinámica completa de la pareja en el caso de fijación neurótica antes descrito determina el juego recíproco (o la colusión) de los dos compañeros.

## 18.4 Colusión y tipos de colusión

### 18.4.1 Sobre el concepto de colusión

En correspondencia con el modelo psicoanalítico de las fases, ampliado con la perspectiva del desarrollo temprano del sí-mismo (es la idea del narcisismo, cf. el capítulo 2), Willi caracteriza cuatro temas básicos que toda pareja enfrenta al plasmar su relación:

1. En el tema relacional narcisista está en juego el desarrollo de un sí-mismo propio, autónomo, opuesto a la autorrealización en el compañero y por medio de él. Esto concierne a la medida del deslinde y de la autonomía

respecto del compañero o, en el sentido inverso, de la abnegación «en favor» del compañero y de la fusión con él.

2. En el tema relacional oral se trata de la medida y de la distribución del cuidado recíproco, de la ayuda y de la responsabilidad asumida hacia el otro.
3. En el tema relacional sádico-anal, en cambio, se trata de la medida de gobierno, de control, de conducción, etc., o, a la inversa, de dependencia y de entrega pasiva.
4. En el tema relacional fálico-edípico, por último, importan el modo en que se plasmarán los roles ««clásicos»» del género o las posibilidades de desplegar las tendencias contrapuestas (cf. sobre esto, p.ej., la noción de animus-anima de C. G. Jung, ya expuesta supra).

No es casual que estos cuatro temas básicos desempeñen un papel central justamente en las relaciones de pareja perturbadas: según la teoría psicoanalítica, las neurosis se caracterizan sobre todo por la fijación a una de estas fases del desarrollo. Estos conflictos básicos neuróticos del individuo ya influyen mucho en la elección de pareja; bien se comprende que el compañero situado en la posición regresiva (el que ha reprimido sus propias tendencias progresivas) se sienta interpelado en particular por compañeros que muestren las conductas progresivas complementarias; en no pocos casos elegirán a personas situadas en la posición progresiva o con tendencia a ello (es decir que presentan también ellas una fijación neurótica, sólo que han reprimido las tendencias regresivas). Esta elección de pareja se hace delegando en el otro los propios deseos y tendencias reprimidos. Por eso al comienzo parece en extremo lograda y satisfactoria; en efecto, la delegación en el compañero impresiona como una manera elegante de dominar las angustias frente a las propias tendencias reprimidas (cf. también infra, la sección 5). Se trata por lo tanto de la complementariedad de las necesidades, como ya la había documentado, p.ej., Winch (1958), sobre el fondo de una perturbación psíquica y de una estructura de personalidad semejantes del compañero, según lo tienen demostrado, p.ej., Penrose (1944), Nielsen (1964) o Kreitman, Collins, Nelson y Troop (1971). En consonancia con esto, Willi (1975, pág. 59) resume de esta manera la sustancia conceptual de la colusión:

1. Colusión significa un inconfeso y secreto juego recíproco de dos o más compañeros, que nace de un conflicto básico semejante y no dominado.
2. El conflicto común no dominado se reparte en roles diferentes, lo que produce la impresión de que uno de los compañeros es el opuesto del otro. Pero se trata en definitiva de variantes polarizadas de lo mismo.
3. La unión en un conflicto básico de igual especie favorece, en las relaciones de pareja, intentos de autocuración progresiva (sobrecompensadora) en uno de los compañeros, y regresiva, en el otro.
4. Esta conducta defensiva progresiva y regresiva contribuye de manera sustancial a la atracción y el aferramiento diádico de los compañeros. Cada uno espera que el otro lo libere de su conflicto básico. Los dos creen que el otro los sostiene en la defensa frente a sus angustias profundas al punto que así logran satisfacer sus necesidades en una medida nunca alcanzada hasta entonces.
5. En una convivencia prolongada, este intento de autocuración colusiva fracasa a causa del retorno de lo reprimido en los dos compañeros. Reafloran en el sí-mismo las partes desplazadas sobre el compañero (delegadas o externalizadas en este).

Para este concepto central de «colusión», Willi invoca de manera explícita a Ronald D. Laing (quien lo introdujo en 1961; versión en alemán, 1977) y también a Henry Dicks (1967), quien por su parte se apoya conceptualmente en W. R. Fairbairn (1952) y Melanie Klein (1962). Hay indicios de que también influyeron mucho observaciones del mismo tenor originadas en la terapia psicoanalítica de grupos (sobre todo en conexión con la terapia de parejas), de las que informan, entre otros, Vito (1971), StockWhitaker y Liebermann (1965), Argelander (1972), Heigl-Evers (1972), Grinberg, Langer y Rodrigué (1972).

Al comienzo, la elección de pareja parece un logro perfecto y conduce a una relación que se caracteriza por el cumplimiento de las aspiraciones contrapuestas y que vive gracias al refuerzo recíproco que se ofrecen los compañeros; es lo que muestran las líneas de arriba, al medio, en los cuatro esquemas (véase infra) de pautas básicas que responden a los tipos ideales de colusión. Pero como todo sistema que presenta realimentación positiva, también este tiene que pasar a posiciones extremas cada vez con mayor rapidez. La delegación de los propios impulsos reprimidos, que al comienzo se vivió como una liberación y como satisfacción, se desmascara cada vez más como prohibición absoluta, como fijación y encadenamiento total de la personalidad. Es visible que la defensa recae sobre la posibilidad de satisfacer cada uno, aun mínimamente, las tendencias que el compañero manifiesta y exhibe en medida cada vez más extrema (porque la represión de impulsos y deseos nunca equivale a su inexistencia). A la larga, el progresivo no soporta más proporcionar al compañero la satisfacción regresiva que él mismo se deniega, pero el regresivo odia al progresivo (y se odia a sí mismo) porque lo afrenta conocer su propia dependencia y que se le señale la asistencia que se le brinda.

De esta manera el juego recíproco de los compañeros, por revuelta contra una fijación de roles que llega a ser absoluta, de una rigidez extrema, se trueca en una colusión destructiva cuyos rasgos patológicos adquieren nítido relieve. Este vuelco, que sin duda representa uno de los puntos centrales en el concepto de colusión de Willi, es lo que resumiremos a continuación para los cuatro tipos fundamentales.

### *18.4.2 La colusión narcisista*

La relación entre compañeros que sobre la base del conflicto básico narcisista han adoptado una posición progresiva y una regresiva se caracteriza al comienzo por la fusión y la admiración idealizada. A causa de una perturbación muy temprana del desarrollo de la personalidad, el sí-mismo sólo se pudo desarrollar limitadamente. Por regla general, estas personas fueron inhibidas en su niñez en el desarrollo de su sí-mismo por una madre que percibía a su hijo como una parte de su propio sí-mismo. El hijo tuvo que aprender a desmentir sus percepciones y sentimientos propios en la medida en que no estuvieran de acuerdo con la imagen que tenía la madre («yo te conozco mejor»).

Frente a un sí-mismo tan deficitario, el narcisista depende, en la posición progresiva, de la admiración e idealización del otro; de aquí extrae la definición de su propia personalidad y valía. En cambio, el narcisista complementario necesita a alguien a quien pueda admirar e idealizar, pues a través de este compañero recibe su propia definición y valía.

Por esta razón, al comienzo de la elección de pareja se establece para los dos una colusión muy satisfactoria (cf. el esquema). Aunque a primera vista y en lenguaje cotidiano el narcisista se caracteriza como egoísta, y su complementario, como altruista, a la dominación exterior del narcisista se contrapone una dominación sutil del narcisista complementario: como sólo vive para el compañero y en él, se fusiona enteramente con el narcisista, lo invade, y su abnegación, su admiración e idealización le permiten ejercer sobre él un fuerte control. Es como el caso de la secretaria «dedicada» que se vuelve indispensable para su jefe justamente porque «con olvido de sí» le organiza todo, desde sus compromisos de agenda hasta los trámites de rutina; del mismo modo, el narcisista complementario puede fijar a su compañero cada vez con mayor fuerza en la imagen idealizada que se ha formado de él, y atarlo y aferrarlo por medio de su entrega y su sacrificio.

En algún momento este proceso de idealización, caracterizado por una realimentación positiva, tiene que resultar excesivo para el narcisista: intentará deslindarse de esta fijación total, a lo cual empero el narcisista complementario responderá con una restricción todavía más fuerte y un redoblado confinamiento a una imagen ideal. Así lo que antes era una colusión cumplida se trueca en un conflicto de pareja (cf. el esquema). Según Willi, es frecuente que los matrimonios narcisistas se divorcien; el narcisista, que no podría tolerar ser abandonado por su compañero, prefiere dejarlo él, en tanto que esto significa una catástrofe existencial para el narcisista complementario, que suele reaccionar con depresiones, síntomas psicósomáticos, etcétera.

### *18. 4.3 La colusión oral*

En la relación de pareja que se caracteriza por un conflicto oral se trata de la problemática del cuidado y el amparo. La relación entre el compañero situado en la posición regresiva, «la criatura» según lo denomina Willi, y el situado en la posición progresiva, «la madre», se singulariza por una relación madre-hijo de clisé, extremada: frente al que tiene necesidades regresivas de ser atendido, de que le satisfagan sin dilación sus deseos y lo mimen, está, en la posición progresiva, el «auxiliador» que extrae su propia valía de la posibilidad de brindar ayuda y cuidado. Pero las más de las veces tras esto se oculta una avidez oral reprimida y compensada socialmente.

Es evidente que «la criatura» en busca de «una madre» que lo cuide, y «la madre», que sólo florece cuando brinda esos cuidados, constituyen al comienzo, en apariencia, una pareja ideal. Pero también en este caso la realimentación positiva del sistema acrecienta hasta lo insoportable las posiciones dentro de la colusión: «la criatura» hace regresión cada vez más honda hacia una actitud demandadora, exige cada vez más, hasta que «la madre», que al comienzo ofrecía refuerzos positivos, termina sobreexigida. Por disminución de la autoestima, a causa de los cuidados y de la tutela; por ira a causa de la posición de deudor y por miedo de que las demostraciones de gratitud hagan cejar a la madre en sus esfuerzos de cuidado, «la criatura» tiene todas las razones para perseguir a «la madre mala» y plantearle exigencias todavía más insaciables.

«La madre» sobreexigida y desilusionada por el desagradecimiento, en cambio, reaccionará con reproches y desdenes a esos deseos insaciables (cf. el esquema); con ello, la relación lograda se ha trocado en un conflicto de pareja. No se puede menos que considerar fracasado ese intento de autocuración que fue al comienzo este matrimonio de unos compañeros aquejados de conflicto oral.

#### *18.4. 4 La colusión anal-sádica*

La elección de pareja que brota del conflicto básico sádicoanal se caracteriza por un amor de «pertenencia total», o sea, en definitiva, por el poder y la dependencia. Willi señala que esta colusión es la forma más frecuente de conflicto matrimonial en nuestra cultura. En la posición progresiva sádico-anal, que Willi llama del «dominador autónomo», la autonomía pregonada, la exigencia de obediencia sin crítica, el malhumor, la pedantería, etc., intentan cubrir el propio miedo a ser dominado y al sometimiento. El compañero situado en la posición regresiva puede, en su condición de «súbdito», gobernar sutilmente, en virtud de su misma humillación, al compañero progresivo: la dependencia y la docilidad son sólo exteriores; es cierto que no se replica, pero es visible que se obedece sin convicción. Ahora bien, lo que «el dominador» en verdad quiere no es una obediencia exterior sino una que brote de «la libre decisión personal» (lo que desde luego es una paradoja). Además, el compañero regresivo puede sabotear el gusto del progresivo por el orden y la pedantería recurriendo al descuido, el olvido o la torpeza.

Pero antes que los compañeros hagan esta experiencia, la colusión dominador-súbdito parece al comienzo un complemento ideal, sobre todo porque otro aspecto de la problemática sádicoanal, la angustia de separación, admite ser bien distribuida dentro de esta relación: el compañero regresivo puede expresar con claridad estas angustias de modo que el progresivo pueda desmentirlas por su parte, en lugar de tener que expresarlas igualmente. Las ya esbozadas posibilidades que tiene el regresivo de socavar de manera sutil el poder del compañero regresivo ponen de manifiesto que el ejercicio del poder en definitiva depende de la obediencia. Ahora bien, a los redoblados intentos del compañero progresivo de comprometer y fijar al «súbdito», responderá este con intentos de sustraerse por medio de la ambigüedad y el descuido (cf. el esquema).

Una variante de esta relación es, según Willi, «la colusión celoso-infiel», en que las angustias de separación, por una parte, y los deseos de emancipación, por la otra, pasan al primer plano. El círculo de interacción presenta este aspecto: un compañero «es tan celoso porque el otro es tan infiel», y el otro «es tan infiel porque el otro es tan celoso». Por oposición a estas relaciones complementarias, Willi describe en este plano también una relación simétrica que denomina «lucha matrimonial por el poder»: los dos compañeros luchan de continuo por el poder y la influencia desde la fantasía básica «tengo que dominar al otro para no ser dominado por él».

#### *18.4.5 La colusión fálico-edípica*

Según lo anotamos en el capítulo sobre psicoanálisis, conceptos como «conflicto edípico», «envidia del pene», «angustia de castración», etc., no se emplean hoy tal como originariamente los entendió Freud sino en acepción mucho más amplia y, a menudo, metafórica. En el caso de la colusión fálico-edípica se trata, en divergencia respecto del concepto central de Freud sobre el Edipo, de una dinámica de pareja relacionada con la plasmación de los roles de género: en la colusión fálica, los roles «masculino clásico» y «femenino clásico» ocupan el centro, mientras que en la colusión edípica el tema es la repetición de la relación con el progenitor de sexo opuesto.

En consonancia con esto, Willi entiende por «colusión fálica» unas actitudes falsas neuróticas frente al rol de género, «que en la mujer se manifiestan en una pseudo feminidad con sofocación de tendencias masculinas, y en el hombre, en cambio, en una pseudo virilidad con sofocación de tendencias femeninas pasivas» (Willi, 1975, pág. 130). Anotemos otra vez que se advierte aquí una semejanza con la noción de animus-anima de C. G. Jung; pero Willi no la ha tematizado.

En muchos casos estas actitudes falsas nacen del hecho de que el niño durante su desarrollo fue utilizado por el progenitor de género opuesto como sustituto del compañero, y entonces la hija queda ligada al padre, y el hijo, a la madre (aspecto este que, p.ej., Horst-Eberhard Richter, 1969, ha expuesto circunstanciadamente). En la posición progresiva, «el varón» (se lo debe entender como rol, no como propiedad biológica) busca confirmación y reconocimiento. En cambio, «la mujer» en la posición regresiva busca a alguien cuya potencia viril pueda confirmar plenamente. También esto conduce al comienzo a una elección de pareja en apariencia lograda.

Ahora bien, lo mismo que en las otras colusiones, las posibilidades de conducta en la posición progresiva son demasiado dependientes de la conducta escogida en la posición regresiva: «la afirmación viril» depende en definitiva de «la corroboración femenina». A causa de la realimentación positiva de este círculo de interacción (cf. el esquema), por fuerza se desembocará en una sobreexigencia de la conducta en la posición progresiva. Se vuelve cada vez más evidente que «él» en su potencia depende de la confirmación solicitante de «ella», y por lo tanto él terminará por fracasar y «la mujer», a quien justamente le toca el papel de corroborar la masculinidad del compañero, reaccionará con desprecio, lo que no hará más que acrecentar la probabilidad de la impotencia: también en este caso la colusión al comienzo lograda se trueca en un conflicto de pareja.

#### *18.5 Sobre la intervención terapéutica*

En una relación cumplida, los dos compañeros tienen que poder consumir de manera visible el espectro de las fantasías y aspiraciones regresivas y progresivas respecto de los cuatro dominios temáticos. En cambio, en la colusión se atrincheran angustiadamente en una posición extrema, sobre la base de perturbaciones relacionales impresas en la niñez temprana. Willi (1975, pág. 164) resume otra vez con mucha claridad los círculos de temas de la posición regresiva y progresiva:

a) Posición relacional regresiva

1. Narcisista: quiero consagrarme por entero a ti porque yo no soy digno de reclamar para mí respeto ni confirmación. Para mí, sólo tú existes en el mundo. Mi felicidad está depositada enteramente en tus manos.
2. Oral: quiero ser amparado y cuidado porque de niño fui frustrado (o mimado) y en ningún caso podría aceptar el papel materno, por miedo de fracasar como mi madre.
3. Anal: me gustaría someterme pasivamente a ti y dejarme conducir sin ofrecer resistencia, del mismo modo como en mi casa tuve que evitar toda pretensión de autonomía y toda iniciativa, por miedo a que te separes de mí a causa de ello y me abandones.
4. Fálica: te quiero alentar en tus funciones «masculinas» y quiero limitarme yo a la posición «pasivo-femenina», que me toca por ser mujer.

b) Posición relacional progresiva

1. Narcisista: bajo tu confirmación quiero superarme y encarnar tu ídolo.
2. Oral: me quiero sacrificar por ti como lo haría una madre ideal y no quiero dejarme tratar más como si valido.
3. Anal: como uno de los dos tiene que mandar en el matrimonio, me encargo yo de hacerlo después que durante toda una vida debí obedecer y humillarme.
4. Fálica: quiero ser confirmado como hombre en nuestra relación (y que mi madre no siga burlándose de mí como si fuera un fracasado).

La meta de la terapia no consiste en desactivar los temas básicos colusivos sino en introducir en ellos un equilibrio libre y flexible (bid., pág. 157). En estas condiciones, aquellos temas de colusión pueden promover un enriquecimiento recíproco: por confirmación del compañero como sí-mismo deslindado (narcisista), por un recíproco dar y tomar (oral), por solidaridad sin compulsión (anal) y por complementación recíproca en la identidad sexual (fálico).

El procedimiento del terapeuta es, según Willi, psicoanalítico en sustancia; consecuentemente con esto, eleva a la dignidad de títulos de capítulo (1978) «resistencia», «trasferencia» y «contratransferencia» (sobre estos conceptos, cf. nuestro capítulo 2). No obstante, propone integrar en el trabajo analítico ejercicios de comunicación o un entrenamiento para el compañerismo, incluidos programas concretos de ejercicios como los recomendados en terapia de la conducta por Masters y Johnson (1973). Además (en concordancia con casi todos los terapeutas que ejercen en la práctica) insiste en que no existe «un método correcto como tal» sino que según la constelación terapeuta-paciente en cada caso son preferibles y alcanzan mejor éxito determinados abordajes de intervención. Por eso su postura es enteramente positiva hacia los demás abordajes de terapia familiar, que exponemos en el capítulo que sigue.

En cuanto a los procesos cognoscitivos que deben ser promovidos en el marco de la terapia de pareja, Willi destaca los siguientes tres aspectos: en primer lugar, se trata del conocimiento de sí con particular insistencia en integrar también aquellos sectores de personalidad que uno, dentro de la colusión, ha delegado en el compañero. En segundo lugar, se trata de una mayor comprensión del compañero, para lo cual interesa en particular verlo y aceptarlo como es y no como debería ser. El tercer aspecto va dirigido a discernir la dinámica de la pareja y la comunidad de un mismo tema fundamental; si los compañeros entienden que hasta ese momento han ocupado posiciones extremas polarizadas de un mismo tema, lo que los separa puede unirlos: los dos están, por así decir, en el mismo bote, cuyo equilibrio pueden mantener en común.

## 19. Terapia familiar

Las raíces de los abordajes de terapia familiar ya fueron rastreadas en nuestro capítulo introductorio a esta Cuarta parte. Allí mostramos que «terapia familiar» se debe entender como un concepto colectivo que designa un número grande de corrientes muy distintas. Esta notable heterogeneidad, sumada a lo novedoso del campo terapéutico, hace que por el momento no exista consenso con respecto a la clasificación de los abordajes. P.ej., un manual norteamericano de terapia familiar de aparición reciente (Nichols, 1984) distingue ocho grupos que son comparados entre sí según aspectos sistemáticos. En cambio, Gurman y Kniskern (1981), en su manual de terapia familiar, presentan sólo cuatro grupos; lo mismo hace Von Schlippe (1984), es cierto que con una clasificación distinta. Textor (1984), para mencionar un último ejemplo, elige una división en seis grupos.

Con miras a la exposición en estas páginas pareció atinado empezar con una «corriente» de orientación psicoanalítica (lo que por lo demás coincide con el proceder de las cuatro obras que acabamos de citar). Porque efectivamente la terapia familiar se desarrolló desde el psicoanálisis, es decir, los primeros terapeutas familiares fueron casi todos psicoanalistas en sus comienzos. Tras un breve panorama sobre los iniciadores de esta corriente, la exposición toma como eje los abordajes, sustentados en Alemania, de Horst-Eberhard Richter (Giessen) y, en particular, de Helm Stierlin (Heidelberg); sobre todo el segundo ha introducido sustanciales extensiones del abordaje psicoanalítico y sus ideas han encontrado eco en el ámbito anglosajón.

No obstante las diferencias que existen entre los diversos abordajes de la terapia familiar de orientación psicoanalítica, tienen en común la perspectiva rectora de dirigirse al contenido de los procesos de interacción familiar. Por eso conviene contraponerles una segunda corriente en la que se toman en cuenta (casi) exclusivamente puntos de vista del «juego» de la interacción familiar e intervenciones estratégicas destinadas a interrumpir este juego. Esta corriente llamada «estratégica» se expone aquí con particular atención hacia las reelaboraciones del «grupo de Milán» nucleado en torno de Mara Selvini Palazzoli (este abordaje se llama también «terapia sistémica»). Entre estos dos extremos se incluyen dos grupos: una reunión bastante heterogénea de abordajes próximos a la psicología humanista y que ponen el acento en aspectos como experiencia, intuición, totalidad, etc. Entre ellos, presenta particular interés el abordaje de Virginia Satir porque su clasificación de «tipos de comunicación» permite una notable síntesis entre los planos individual y familiar en el análisis de la interacción de la familia. Denominamos a estos abordajes «centrados en la experiencia». La segunda corriente, «terapia familiar estructural», ha recibido esta denominación de Salvador Minuchin: se aproxima al abordaje «estratégico» pero privilegia el análisis de la estructura del sistema familiar y de sus subsistemas (incluidas sus fronteras y coaliciones). Las intervenciones proceden sobre la base de este análisis, en relación con un modelo fuertemente normativo de familia «sana» o de buen «funcionamiento».

En conjunto, la clasificación y selección de los abordajes sigue siendo insatisfactoria: cabe conjeturar que en una década se habrán de introducir ejes muy distintos. Por el momento, la diversidad y la complejidad de los abordajes de terapia familiar se expresan hasta en la exposición que podemos hacer de ellos.

Antes de pasar al tratamiento de las concepciones específicas de las cuatro «corrientes» que acabamos de caracterizar, elucidaremos ciertos aspectos de la intervención terapéutica comunes a diversas escuelas (nos apoyamos en la selección que presenta Von Schlippe, 1984).

### 19.1.1 Aspectos de las alteraciones en terapia familiar comunes a diversas escuelas

No es un panorama completo el que ofrecemos en el esbozo que sigue de algunas ideas de intervención a que recurren diversos abordajes de terapia familiar. Más bien destacamos paradigmáticamente algunos aspectos centrales que después, en las exposiciones de las «corrientes», mencionaremos de manera muy breve. Digamos además que algunos puntos de vista generales importantes de la intervención sistémica ya fueron expuestos en los capítulos anteriores; recordemos la exposición de la intervención paradójica (o «prescripción del síntoma») en el capítulo 18.

### *19.1.1 Joining (alianza ale trabajo terapéutica)*

Aunque el concepto de joining fue creado por Minuchin en el marco del «abordaje estructural» (cf. infra, la sección 4), la forma de la alianza de trabajo terapéutica desempeña desde luego un papel muy importante en todos los abordajes. En el mismo momento en que un terapeuta empieza a trabajar con una familia se produce ya, desde el punto de vista sistémico, una transformación del sistema familiar S en un sistema nuevo S', formado por familia y terapeuta. Por eso casi todos los terapeutas familiares insisten en que la primera sesión conjunta tiene una importancia decisiva porque en ella se establecen las reglas comunes y no rara vez se entabla una lucha sutil en torno de quién ha de fijarlas.

Muchos terapeutas empiezan el trabajo solamente si en esa primera sesión se presenta por lo menos la familia nuclear (la pareja parental y todos los hijos que todavía viven en la casa), y no es raro que el hecho de aparecer la familia completa/incompleta esconda aquella «lucha» en torno de las reglas (cf. sobre esto, p.ej., la exposición de un caso comentada en detalle en Napier y Whitaker, 1978, esp. las págs. 14-23). Entre estas reglas se incluye sin duda la modalidad de la comunicación, que los diversos abordajes conciben de manera muy diferente: mientras que muchos terapeutas promueven la comunicación directa entre los miembros de la familia («dígaselo a él directamente») y hasta definen como «chismes desagradables» (Walter Kempler) todo lo que se diga acerca de otro, en el «grupo de Milán» (nucleado en torno de Selvini Palazzoli), p.ej., se emplea una técnica especial en la que a cada uno de los miembros de la familia se le pregunta por las relaciones entre otros dos (cf. infra, la sección 5).

Es muy importante además que en esta primera sesión se instaure una alianza estable de trabajo entre terapeuta y familia; Simon y Stierlin (1984, pág. 174) llegan a sostener que de lo contrario no se inicia proceso terapéutico alguno, y no en balde una importante exposición de la «escuela de Heidelberg» (Stierlin et al., 1977) lleva el título La primera entrevista familiar. Aunque en las diversas exposiciones no se averigua de manera clara y explícita el modo preciso en que se edifica logradamente esta alianza de trabajo, concurren a ello técnicas como la interpelación a cada uno de los miembros de la familia, la disipación de prejuicios, angustia y vergüenza por medio del reencuadramiento positivo de los síntomas y de los «culpables» de ellos (reframing, véase infra), la promoción de la autoestima de los individuos, o también variantes especiales del doble vínculo terapéutico (cf. el capítulo 17, 4).

### *19.1.2 Reframing (reencuadramiento)*

Como lo acabamos de apuntar, una tarea esencial del terapeuta consiste en redefinir la manera de ver los problemas y el significado de los síntomas, que se liga con aquella; en síntesis: la íntegra «realidad» familiar. El capítulo anterior debió dejar en claro que la homeostasis del sistema «familia» (un sistema que se compone de interacciones, incluidas las estructuras de expectativa inherentes, y las relaciones entre estas) consiste en una perpetuación rígida de pautas patológicas de comunicación, definición, expectativa e interpretación, que se podría denominar «juego familiar» patógeno. Siempre que este «juego» no resulte quebrado por la modificación de significativas condiciones externas de vida (cf. el reciente abordaje «de Milán», infra, la sección 5), cambiar la estructura familiar en este sentido amplio supone siempre un «reencuadramiento», es decir que los problemas (y las estructuras de expectativa inherentes, etc.) tienen que replantearse dentro de cuadros modificados.

Como joining, reframing es una categoría supraordinada que abarca una serie de diversas intervenciones. Pertenecen al reencuadramiento la técnica de la connotación positiva (en la que se redefine positivamente la conducta de los diversos miembros de la familia, incluida la del paciente individualizado en relación con sus síntomas), ciertas intervenciones paradójicas y prescripciones del síntoma, intervenciones hipnoterapéuticas (en las que se presentan al paciente en estado de trance reencuadramientos sugestivos de sus síntomas, cf. Erickson y Rossi, 1981; Haley, 1978), así como la extensión de las técnicas de Bandler y Grinder, que en época reciente se han conocido bajo el título de «programación neurolingüística» (cf. Bandler y Grinder, 1985). En rasgos generales, en ellas se trata de que el terapeuta, sobre la base de ciertos indicios del lenguaje y la motricidad del paciente, pueda establecer inferencias acerca de sus sistemas de representación (si determinado recuerdo, p.ej., se evoca como experiencia auditiva, óptica o cinética). Con ello se pueden reconstruir mejor las pautas de significado del paciente, por un lado, y, por el otro, el terapeuta puede escoger para el reencuadramiento las modalidades de experiencia preferidas del paciente, e interpelarlo en sus planos de experiencia (cf. Bandler y Grinder, p.ej., 1981, 1982).

### *19.1.3 Trabajo sobre las fronteras*

El significado de las fronteras sistémicas (en este caso, los des

lindes de una persona o de un grupo de personas con relación al «ambiente» respectivo) fue expuesto ya en nuestro capítulo sobre psicoanálisis (el capítulo 2) pero, con mayor claridad, en el que dedicamos a la terapia gestáltica (el capítulo 13); en el presente capítulo elucidaremos además las fronteras intradiádicas y extradiádicas en cuanto a sus estructuras patológicas. Dentro de los abordajes de terapia familiar, la función y la estructura de las fronteras son puestas de relieve en particular en el «abordaje estructural» (cf. infra, la sección 4). Pero también en los otros abordajes se insiste en que el terapeuta tiene que intervenir atendiendo con mucho cuidado a las fronteras de determinados subsistemas familiares. Para ello no podrá evitar ciertas valoraciones normativas, puesto que deberá decidir si fortalece o debilita determinada coalición, si promueve o no los deslindes de un subsistema (p.ej., el de la pareja parental), etc. También aquí son muy diversas las técnicas concretas; ellas van desde explicaciones acerca de la representación de roles, hasta la confrontación y la prescripción de determinadas conductas.

#### *19.1.4 Escultura familiar*

La noción de escultura familiar tiene su inspiración en el psicodrama (cf. el capítulo 15); fue elaborada por Duhl, Kantor y Duhl (1973), y difundida sobre todo por Peggy Papp et al. (1973) y Virginia Satir (cf. infra, la sección 3). Se trata de que los miembros de la familia representen determinadas relaciones y actitudes familiares en la forma de un cuadro pantomímico. Uno de ellos hace las veces de «escultor» y los demás tienen que disponerse según sus indicaciones y adoptar determinadas actitudes. De esta manera las estructuras no son representadas por medio de un lenguaje digital (cf. el capítulo 17) sino analógicamente (Papp agrega a la representación estática escenas coreográficas). Las esculturas familiares son aptas como instrumento diagnóstico y para la elaboración terapéutica.

#### *19.1.5 Anamnesis familiar y genograma*

La anamnesis familiar se puede considerar también una técnica de joining porque es un buen recurso para entrar en contacto con todos los miembros de la familia sin verse empujado a determinada coalición. También en este caso existen diferentes procedimientos destinados a presentar de manera gráfica e intuitiva para todos informaciones importantes, como fechas de nacimiento, generación de los abuelos, acontecimientos familiares notables (p.ej., muerte, accidentes, enfermedades graves, mudanzas, desocupación, etc.), personas importantes que no pertenecen a la familia nuclear (p.ej., parientes lejanos, amigos), etc. A menudo esta participación de todos los miembros en el procedimiento y el hecho de que la atención se concentre en datos inicialmente «objetivos» tiene por efecto una reducción de la angustia. Von Schlippe señala que sobre todo el paciente individualizado se ve incluido por esta forma de anamnesis en una historia de acontecimientos familiares y no sentado en el banquillo de los acusados como tal vez temió. Para la figuración de los datos en forma gráfica, o sea por medio de uno de los llamados «genogramas», se han propuesto diferentes sistemas de notación (cf. Von Schlippe, 1984, pág. 98).

## 19.2 Terapia familiar de orientación psicoanalítica

Ya dijimos que también la terapia familiar se desarrolló desde el psicoanálisis, aunque sólo fuera por el hecho de que la inmensa mayoría de los clínicos se iniciaron como psicoanalistas. Si dejamos de lado los influjos ya expuestos de la teoría de sistemas (Von Bertalanffy), la cibernética (Wiener) y la antropología cultural (Bateson), ya entre 1930 y 1950 ciertos psicoanalistas prestaron atención a las familias; entre ellos, Erik Erikson, René Spitz, Erich Fromm y, sobre todo, Harry Stack Sullivan. Por eso la cantidad de «iniciadores» que contribuyeron a plasmar el cuadro de la terapia familiar y sus concepciones centrales es particularmente grande dentro de la categoría de los «abordajes de orientación psicoanalítica». En lo que sigue expondremos brevemente algunos; para una elucidación más circunstanciada hemos escogido el abordaje de Helm Stierlin.

### *19.2.1 Panorama de conjunto*

Es muy raro que en el trabajo con familias se apliquen, por analogía, en el nivel de estas, nociones psicoanalíticas que en verdad están referidas al individuo. Sin embargo, un ejemplo de esto sería Norman Paul, quien inspirándose en el concepto de «represión» de Freud habla, para la familia, de «procesos de duelo no resuelto» que están en la base de los síntomas y que deben ser puestos en descubierto y reelaborados. En los orígenes se esconden a menudo muertes u otras pérdidas que en su momento no fueron adecuadamente lloradas (cf. Hoffman, 1982, pág. 254).

Pero en la mayoría de los abordajes de terapia familiar psicoanalítica, a diferencia de lo que sostiene Paul, es la relación entre los miembros de la familia la que se considera principalmente y se tematiza de manera directa. Un concepto relativamente novedoso de la dinámica relacional psicoanalítica, el concepto de colusión, ya fue expuesto en el capítulo anterior. Otros -anteriores- son, p.ej., «marital schism» (divorcio) y «marital skew» (desplazamiento estructural en la pareja) de Theodore Lidz, «pseudomutuality» (seudomutualidad) de Lyman Wynne o «emotional fusion» (fusión emocional) o «undifferentiated family ego mass» (masa indiferenciada yo-familia) de Murray Bowen. El eslabón unitivo entre la psicodinámica individual del psicoanálisis clásico y las relaciones sociales es, como apunta Nichols (1984), la teoría de Freud de las relaciones de objeto, en que la interacción entre personas se interpreta como manifestación de la temprana relación madre-hijo o padres-hijo (cf. el capítulo 2, 4.3).

James Framo extiende esta perspectiva de la relación de objeto aun más allá de la familia: incluye en su terapia familiar, y en lo posible hace comparecer en las sesiones junto con la familia, a todas las personas consideradas significativas por los miembros de esta.

En general, la mayoría de los terapeutas de orientación psicoanalítica extienden la perspectiva no sólo del individuo a la familia nuclear actual, sino a la familia multigeneracional. Los abuelos y aun generaciones anteriores se incluyen en la terapia, sea que participen de manera directa en las sesiones, sea que (es el caso más frecuente) se elucide al menos la relación de la familia nuclear con estas personas (por eso se habla de terapia familiar «histórica» en lugar de «psicoanalítica»; p.ej., Jürgens y Salm, 1984).

Ivan Boszormenyi-Nagy se inclina a emplear como metáfora un «libro mayor», llevado durante varias generaciones, de «obligaciones» caídas; en él se anotan deudas y pecados (cf. Hoffman, 1982, pág. 255 y sig.): en su opinión, los síntomas patológicos responden a una acumulación excesiva de injusticias en la «contabilidad» del paciente individualizado. En efecto, como lo había puesto de relieve Wynne con su ya mencionado concepto de «seudomutualidad», a menudo los intereses individuales son sacrificados en aras de la supervivencia del grupo o familia, p.ej., si el hijo adolescente se aferra a la simbiosis madre-hijo para preservar a su madre de una crisis o si produce síntomas «para que» los padres lo cuiden de consuno en lugar de pelear entre ellos (apuntemos que aquí el lenguaje lineal no puede dar razón de la epistemología circular). Una noción importante para la terapia según Boszormenyi-Nagy es la asignación de roles; se basa en la idea de que padres, abuelos, etc., insertos como han estado en su familia, «tuvieron que» obrar de una manera determinada. Esto permite casi siempre resituar los síntomas en un contexto positivo, por la vía de poner de relieve su significado para la homeostasis familiar y la dinámica intergeneracional (esta perspectiva de reencuadramiento tiene mucha importancia también en los demás abordajes de terapia familiar).

Según Murray Bowen, interesa para la salud psíquica alcanzar una diferenciación del yo a través de una separación profunda respecto de la familia de origen (en consecuencia, importa no aferrarse a fusiones simbióticas). Los síntomas son a su juicio un signo de individuación deficiente, que a su vez se relaciona con pautas rígidas de interacción y de coalición. El mismo hizo demostración del efecto de disolver esas formas rígidas en su propia familia de origen (que era muy grande): envió cartas en las que comunicaba a miembros de los subsistemas familiares los chismes de los demás acerca de ellos. De esta manera se inmiscuyó en las constelaciones inveteradas y por ese camino logró producir asombrosos cambios y el aflojamiento de las estructuras petrificadas, como lo narró en 1967 en un congreso (según Hoffman, 1982, pág. 248).

Se menciona a Nathan Ackerman como uno de los más importantes iniciadores de la terapia familiar psicoanalítica. Muchas de sus entrevistas de terapia familiar circulan filmadas, y otras >se han publicado en transcripciones (p.ej., un caso notable se puede leer en Boszormenyi-Nagy y Framo, 1975). Hoffman incluye a Ackerman también entre los precursores de la «terapia familiar estructural» (véase infra), tanto más cuanto que su «fundador», Salvador Minuchin, fue introducido por Ackerman en la terapia familiar.

En los países de lengua alemana, Horst-Eberhard Richter incluyó desde muy temprano en su trabajo perspectivas de terapia familiar. Primero (Richter, 1963) elaboró una teoría de roles para el análisis de la relación padres-hijo, que resultó apropiada también para describir relaciones de pareja entre adultos. También aquí la noción de «elección de objeto» de Freud constituye el núcleo conceptual: los roles se caracterizan por las expectativas recíprocas, concientes e inconcientes, de los compañeros, en el entendimiento de que estas estructuras de

expectativa suelen estar al servicio de procesos defensivos: anticipándose al concepto de colusión de Willi, Richter señala que las adjudicaciones de rol son utilizadas para descargarse de una tensión conflictiva intraindividual por vía compensatoria; en tal caso el individuo, en lugar de sobrellevar él mismo sus conflictos, manipula al compañero para que haga las veces de objeto sustituto resarcitorio o de prolongación narcisista de él mismo. Richter distingue en este sentido entre cinco clases de atribución de rol, que anotamos esquemáticamente (cf. Richter, 1963, 1972, pág. 50 y sig.):

1. Rol de sustituto del compañero: Y es obligado (inconcientemente) por X a hacer las veces de un compañero Z que proviene de su propia prehistoria infantil.
2. Rol de copia: Y debe realizar la imagen de X como copia fiel (X en este caso es narcisista con rasgos paranoides).
3. Rol del sí-mismo ideal: Y debe cumplir el ideal en cuya realización X ha fracasado (X se ve entonces resarcido por vía de identificación narcisista).
4. Rol del sí-mismo negativo: Y debe quitar a X su lado negativo. De este modo Y puede llegar a convertirse en chivo expiatorio o, al menos, a encarnar el lado negro de la personalidad de X.
5. Rol del aliado: Y debe hacer las veces de aliado de X en innumerables luchas externas.

Richter (1963) elucida en detalle la dinámica de las relaciones que resultan de estas adjudicaciones de rol; utiliza para ello ejemplos en los cuales las adjudicaciones de rol se vuelven particularmente problemáticas si Y es un niño. En una extensión de esto mismo (Richter, 1972), se proponen tres tipos de neurosis familiares del carácter -la familia con neurosis de angustia, la paranoide y la histérica-, elucidados también con ejemplos de terapia familiar.

En lo que sigue expondremos con algo más de detalle la >«terapia familiar dinámica» según Helm Stierlin, quien ha recibido la influencia de Boszormenyi-Nagy (cf. Stierlin et al., 1977; Stierlin, 1982; Simon y Stierlin, 1984, obras que citaremos abundantemente en la sección que sigue sin hacer más referencias).

### *19.2.2 «Fuerzas sistémicas en el proceso de la terapia familiar» según Stierlin*

La concepción de Stierlin incluye perspectivas tanto «horizontales» como «verticales»; en las primeras se trata de las relaciones entre miembros de la misma generación, y en las segundas, p.ej., del modo en que una ligazón no resuelta con los propios padres influye en la relación con el cónyuge. Distingue cinco puntos de vista principales, cada uno de los cuales reúne perspectivas psicoanalíticas y sistémicas, y permite discernir fuerzas tanto destructivas como de curación, abriendo así posibilidades para las intervenciones terapéuticas:

#### a) Individuación vinculada

«Individuación» se refiere a la formación de una identidad individual y a la plasmación de fronteras psíquicas, que a su vez posibilitan, dentro del sistema familiar, la diferenciación y el desarrollo de estructuras y, con ello, una funcionalidad acrecentada. «Individuación vinculada» caracteriza para Stierlin un «principio universal, según el cual un nivel más alto de individuación exige y posibilita en cada caso un nivel más alto de vinculación con otros». Se trata entonces de «co-individuación», o sea, del recíproco condicionamiento sistémico de la individuación de los miembros de la familia.

Si no se logra el indispensable deslinde, si las fronteras son demasiado débiles, permeables y frágiles, y si los compañeros se fusionan simbióticamente, Stierlin habla de infraindividuación. En el otro extremo encontramos una supraindividuación: fronteras demasiado rígidas e impermeables, una independencia transformada en aislamiento, la separación se convierte en una soledad sin ventanas, el intercambio con los demás languidece. Tras de estas, una tercera perturbación se observa en la práctica clínica y es una oscilación pendular ambivalente entre aquellos dos extremos. Las tres perturbaciones se manifiestan con nitidez en la falta de capacidad y de disposición para el diálogo.

Consecuencia terapéutica de esta perspectiva es el empeño de promover la disposición al diálogo y el entrenamiento en la comunicación concreta, p.ej., entrenamiento en deslindarse mejor unos de otros, en hablar sólo en nombre propio y en primera persona, en notar y corregir generalizaciones, desfигuraciones y omisiones, etcétera.

#### b) Ligazón y expulsión como modos de interacción

Esta perspectiva tematiza la dinámica de la separación entre las generaciones, o sea, el proceso de desasimilamiento en la juventud. Si prevalece el modo de la ligazón, el joven queda prisionero dentro del gueto familiar, lo que puede conducir a síntomas psicósomáticos y psicóticos. En cambio, en muchas familias con hijos delincuentes,

desamparados, prevalece el modo de la expulsión. Esta dinámica de separación se puede relacionar con diferentes niveles:

	Ligazón	Expulsión (Descuido)
plano del ELLO:	Malcrianza por exceso de satisfacción de las necesidades	Descuido por falta de satisfacción de las necesidades
plano del YO:	Atribución constriñente de ciertas cualidades, como debilidad, maldad, locura	Total desinterés por las ideas, los sentimientos y las percepciones del otro
plano del SUPERYO:	Obligaciones de lealtad estricta	Descuido que concurre a la falta de conciencia moral» en los hijos

Tanto en la ligazón como en la expulsión un duelo no consumado suele desempeñar un papel central. Es también un caso típico de observación que uno de los miembros de la pareja parental no se haya despedido de sus propios padres sino que permanezca ligado a ellos, y lo compense por la ligazón a otra persona, a menudo el hijo. Para los terapeutas, esto recomienda hacer que se retome el trabajo de duelo. El acento será distinto según sea el modo de interacción: será preciso aflojar la ligazón y promover la «des-ligazón» (si prevalece el modo de la ligazón) o bien se deberá intentar establecer primero una ligazón sólida (si impera el modo de la expulsión).

#### c) Delegación

Se trata aquí de encargos y legados que en muchos casos conservan su eficacia entre generaciones. Elemento nuclear de la delegación es el vínculo de lealtad que une a delegante y delegado; es un vínculo que se forma ya en la temprana relación padres hijo. La delegación no necesariamente es patológica sino que en muchos casos expresa un legítimo proceso vincular que es capaz de impartir sentido a la vida. Pero el proceso de delegación puede descarrilar sobre todo si el encargo no guarda armonía con las capacidades o necesidades del delegado o si delegaciones diferentes entran en conflicto. La perspectiva de la delegación posibilita al terapeuta dejar de ver la conducta sintomática como algo sólo negativo y poner de relieve su rendimiento positivo para la familia: con ello los padres se alivian de angustia, vergüenza y culpa (esto en la práctica equivale a un «reencuadramiento»). En consecuencia, el procedimiento terapéutico tiene que elaborar estos aspectos positivos y procurar que se revise el reparto dentro de la familia.

#### d) Legado y mérito

Desde esta perspectiva se atiende a la dinámica multigeneracional en orden a las delegaciones: junto al aspecto del legado desempeña aquí un papel importante el del mérito (esto es análogo al «libro mayor» de Boszormenyi-Nagy, ya citado). Para los terapeutas se deduce de aquí la conveniencia de incluir a los abuelos (a veces no en persona sino sólo en la elucidación) y traer a expresión verbal legados contradictorios y anotaciones de mérito que no han sido compensadas.

#### e) Estatuto de la mutualidad

Esto se refiere a la rigidez de la homeostasis: en perturbaciones relacionales graves se observan a menudo, al modo de la escalada simétrica según Bateson (cf. el capítulo 17), permanentes y encendidas luchas por el poder, un «clinch maligno». Especialmente en familias esquizofrénicas se observa a menudo un gran «arsenal de armas», por medio del cual sus miembros (sutilmente) se ofenden, se vuelven impotentes, se culpabilizan y descalifican las comunicaciones propias y ajenas (elucidaremos esto con más detalle en la sección dedicada al abordaje estratégico del grupo de Milán que se organiza en torno de Mara Selvini Palazzoli, citado por el propio Stierlin a raíz de esta cuestión).

Como bases generales de la intervención terapéutica dentro de la terapia familiar dinámica (o psicoanalítica), Stierlin destaca cuatro perspectivas:

Omnipartidismo: el empeño y la capacidad de hacer activamente empatía con la posición de cada uno de los miembros de la familia.

Actividad: necesidad de intervención frecuente del terapeuta porque de lo contrario es fácil que se refuercen el clinch maligno, las maniobras defensivas o la patología del sistema.

Insistencia en lo positivo: es el procedimiento que expusimos ya a raíz de la delegación y que consiste en poner de relieve la funcionalidad de los síntomas y el aporte que hacen a la familia, en lugar de insistir en sus aspectos patológico-disfuncionales.

Movilización de los recursos de la familia: con insistencia en la orientación hacia lo positivo, movilizar recursos como la acometividad, el gusto de ayudar, la disposición al sacrificio, etc., lo que a menudo permite alcanzar en breve lapso cambios profundos.

Una parte esencial de las intervenciones de Stierlin es «el trabajo de encuentro», en el que se procura poner en marcha un diálogo interfamiliar liberador. Para ello el terapeuta comunica, más con su actitud y sus acciones que por medio de palabras, que está permitido hablar sobre cosas hasta entonces tabú y revestidas de angustia y vergüenza, y que es posible sobrellevar todas las angustias. Pero además Stierlin aplica esquemas tomados de la terapia familiar estructural y estratégica (cf. infra, las secciones 4 y 5), en particular con el propósito de quebrar la rigidez de un sistema familiar. En un caso así el trabajo de encuentro sería el segundo paso, que se daría ya dentro del sistema flexibilizado.

### 19.3 Terapia familiar centrada en la experiencia

En toda una serie de abordajes de terapia familiar se reconoce su clara afinidad con la psicología humanista. Perspectivas existencialistas, fenomenológicas y humanistas como autonomía, crecimiento, encuentro, totalidad, singularidad, desempeñan un papel importante en ellos. Y son fluidos los pasos hacia diversas corrientes que sobre esta base practican terapia individual, sobre todo la terapia gestáltica, la terapia centrada en el cliente y el psicodrama. Pero es cierto que en la terapia familiar se presta más atención al contexto y a la red sistémica de comunicaciones (en el sentido amplio), que proporcionan el marco dentro del cual cumple su función el síntoma del paciente individualizado.

Personas incluidas dentro de esta «corriente» vagamente deslindada son, sobre todo, Carl Whitaker, Virginia Satir, Walter Kempler y Peggy Papp. Carl Whitaker se inició en el trabajo de terapia familiar a mediados de la década de 1950 en Atlanta (desde 1965 lo prosiguió en Wisconsin). Virginia Satir, quien, como ya dijimos, junto con Jackson y Riskin fundó el MRI en Palo Alto, donde elaboró y condujo el programa de formación en terapia familiar, es conocida principalmente por su vasta práctica y la demostración que de ella ha hecho en diversos seminarios que dictó fuera de los Estados Unidos. Como Peggy Papp, aplicó y difundió en particular el método de la «escultura familiar» (véase supra), elemento psicodramático que permite figurar las relaciones entre los miembros del grupo, vivenciarlas y modificarlas experimentalmente. Por último, Walter Kempler ha desarrollado su abordaje de terapia familiar desde la perspectiva de la terapia gestáltica, con inclusión de aspectos tomados del movimiento de los grupos de encuentro.

No se ha llegado a imponer una designación común para los abordajes (muy diferentes entre sí) de estas cuatro personalidades (y de otras). Los manuales norteamericanos de terapia familiar, como el de Nichols (1984) y el de Walrond-Skinner (1981) hablan de «terapia familiar experiencia», como en lengua alemana lo hace Textor (1984). Gurman y Kniskern (1981) no reúnen a los abordajes mencionados sino que incluyen una contribución de Whitaker bajo el título de «terapia familiar simbólico experiencial» e informan, p.ej., sobre Satir en un trabajo sobre el grupo de Palo Alto. V. Schlippe (1984) prefiere, basándose en Bosch (1977), «terapias familiares orientadas hacia el desarrollo», lo mismo que Jürgens y Salm (1984).

La designación «terapia familiar centrada en la experiencia» que empleamos nosotros se debe relativizar en consecuencia, pero está destinada a poner de relieve que estos abordajes no privilegian la estructura de la familia, la estrategia del procedimiento terapéutico ni nociones teóricas de inspiración psicodinámica, sino la experiencia en el doble sentido de la palabra: primero, la experiencia recíproca de los miembros de la familia en sus interacciones, en sus acciones y reacciones (desde una perspectiva lineal), en sus exteriorizaciones emocionales y otras dentro del «aquí y ahora»; segundo, la experiencia habida hasta el momento (tanto individual como familiar) como trasfondo contextual del acontecer actual y de las ulteriores posibilidades de experiencia (lo que por lo tanto incluye el concepto de desarrollo).

#### 19.3.1 Perspectivas básicas

No obstante su orientación sistémica, la terapia familiar centrada en la experiencia tiene en vista el cambio (mejor: el crecimiento) de las personas individuales. En correspondencia con la imagen humanista del hombre, se

considera que una persona en condiciones naturales, que no incluyan impedimentos, es fundamentalmente sana: creadora, productiva y digna de amor. Pero como ya lo había hecho el psicoanálisis, la terapia centrada en la experiencia señala que los miembros de la pareja que se unen para fundar una familia traen de su familia de origen, por delegación, determinadas tareas (o planes de vida, guiones) que les es preciso cumplir. Kempler (1981) afirma que las personas en el curso de su desarrollo a menudo caen en un conflicto de lealtades: la lealtad hacia la familia (de origen) frente a la lealtad hacia ellas mismas.

Whitaker y Keith (1981) lo expresan diciendo que las familias disfuncionales patológicas no principian en el matrimonio sino en el hecho de que dos chivos emisarios han sido enviados por sus familias para perpetuar las funciones de estas. Una relación tal queda determinada por el afán de seguridad, no por la experiencia, el encuentro y el crecimiento. Lo característico de una familia fundada bajo esos auspicios es la enajenación de la experiencia (Kempler), la muerte emocional de la familia (Whitaker). Paradójicamente, como lo explican con particular claridad Luthman y Kirschenbaum (1977), discípulos de Satir, esta muerte emocional, la rigidez en las pautas de comunicación y de vivencia, así como el miedo a los cambios, se asocian a un «mito de supervivencia»: «El mito de supervivencia se entrama con la ilusión de todos los miembros de la familia de que deben mantener (en su presente estado) las relaciones familiares para poder sobrevivir psicológicamente» (pág. 213), aspecto este que es señalado también por muchos otros terapeutas de familia y de pareja; en el aferramiento, en la inmovilidad, en la angustia de perder al otro y a su amor/dedicación, justamente es ahogado el amor. Es que amor, dedicación, buena comunicación, etc., no son como perlas que uno pudiera conservar guardadas sino como plantas que requieren continuo crecimiento y renovación para no agostarse.

Virginia Satir destaca la «valía» como factor central (en unión con el crecimiento) para las estructuras de comunicación dentro de la familia (cf. Satir, 1975): «Estoy convencida de que el sentimiento de valía no es innato sino aprendido. Y es aprendido en la familia. Has aprendido tu sentimiento de valía o de disvalor en la familia que tus padres fundaron, y tus propios hijos lo aprenden en su familia en este mismo momento» (*ibid.*, pág. 42); y «la comunicación es el patrón con el cual dos personas miden recíprocamente el grado de su valía, y es también el instrumento con el cual ese grado puede ser modificado para las dos» (*ibid.*, pág. 49). Una valía escasa conduce a una comunicación disfuncional porque entonces es preciso recurrir, para protegerla, a pautas rígidas de reacción (véase *infra*).

Por esta unión de valía y comunicación, Satir desemboca, por así decir, en una perspectiva de niveles múltiples: porque la comunicación, que es algo interpersonal, una característica del sistema «familia», queda de ese modo relacionada directamente con algo intrapersonal, la valía. Pero al mismo tiempo se llama la atención sobre el hecho de que en una circularidad dinámico-sistémica, aquella magnitud intrapersonal se adquirió exclusivamente en el sistema, en relación con las estructuras de comunicación (dentro de la familia de origen), y ahora se perpetúa en la interdependencia valía-comunicación. «El modo en que me siento y me trate a mí mismo tiene influjo directo sobre el modo en que trato e intercambio con otros», señala Von Schlippe (1984, pág. 15), y cita una conversación con Satir (en Schneider, 1983, pág. 15): «En mi práctica y en mi vida compruebo que los seres humanos que se viven como una totalidad y poseen el sentimiento de ser ellos mismos algo valioso, son capaces de enfrentar de manera creadora y adecuada -también con amor- todos los desafíos de la vida. Crecimiento significa que la vida consiste en un cambio constante, y no existe ninguna posibilidad de interrumpir esto, tal como la noche sigue al día, se suceden los siglos y un año deja paso al siguiente».

En este orden de ideas, Satir ha elaborado cuatro «pautas universales de reacción» o formas (pautas) de comunicación a que recurren los seres humanos para prevenir un aminoramiento de su valía. Las reproduciremos aquí porque esta tipología, según hemos dicho, no sólo une aspectos intrapsíquicos e interpsíquicos sino que incluye observaciones de sintaxis lingüística y propone, para cada tipo, intervenciones diferenciadas.

### 19.3.2 Las pautas de comunicación de Satir

Satir ha descubierto en las familias perturbadas cuatro pautas típicas de comunicación destinadas a defenderse de la amenaza (presunta) de una valía demasiado débil. Casi siempre corren paralelas a las palabras dichas (de acuerdo con el «aspecto de contenido» de Watzlawick et al.) y atañen -en el sentido de la metacomunicación- a la relación. Tales «mensajes de doble sentido» se producen en particular (cf. Satir, 1975, pág. 83) cuando una persona

- a. tiene un reducido sentimiento de la propia valía y cree ser mala porque es así como se siente;
- b. teme lastimar los sentimientos de otra;
- c. tiene miedo de la venganza de otros;
- d. le causa temor la ruptura de la relación;
- e. no se quiere comprometer;

f. no da importancia al interlocutor o a la relación.

Lo mismo que Reich y Lowen, Satir ha observado posturas corporales fijas que se relacionan con las pautas de reacción; por medio de ellas el cuerpo se adapta al sentimiento de valía. Ha figurado estas posturas corporales (en Satir, 1975) en la forma de caricaturas o actitudes de «escultura» (véase infra); en lo que sigue presentaremos sólo de manera muy sucinta las pautas de reacción como protección de la valía y las posturas ligadas a ellas (nos apoyamos en Satir, 1975, y en Von Schlippe, 1984, quien, basándose en Satir y en Bandler y Grinder, 1981, toma en cuenta la sintaxis lingüística específica, y también la reacción del receptor; para esto último cita a Bosch, 1977). En nuestra sucinta caracterización de las pautas de comunicación descritas por Satir se debe tener en cuenta que su misma brevedad impide hacer explícitos aspectos sistémicos, p.ej., las «reacciones del receptor» son desde luego también al mismo tiempo acciones. Además, la «reacción» del receptor depende del tipo de pauta de comunicación que él actúe; en cada caso indicamos entre paréntesis el número que corresponde:

### 1. *Apaciguamiento*

*Función:* que el otro no se enoje.

*Palabras:* de aprobación, de disculpa, de buena voluntad, nunca exigentes.

*Voz:* queda, llorosa, cautelosa, sofocada.

*Presentación:* más bien circunspecta, de suave a temerosa, considerada.

*Cuerpo:* los hombros inclinados hacia adelante, con frecuencia una mano sobre el regazo en la posición de sentado, respiración suave.

*Sintaxis:* muchas restricciones (<,si>, «sólo», «del todo», «precisamente»), frecuentes potenciales («podría», «sería»), interrupciones causadas por los continuos intentos de adivinar el pensamiento del otro.

*Vivencia de sí mismo:* marcada por el desamparo y la falta de valía; intentos de sentirse útil haciendo de continuo algo por otros; miedo al rechazo y el abandono, así como a los sentimientos intensos; permanente búsqueda de la culpa propia.

*Reacciones del receptor:* sentimientos de culpa (1), compasión (1), reacciones auxiliadoras y protectoras (1), enojo (2), desprecio (2), exigencias (2, 3).

*Terapia:* trabajo para traer a la luz el enojo, el resentimiento, acrecentar la valía, poner de relieve las diferencias, reconocer los cambios, prescripciones del síntoma. Promover: la toma de decisiones, el decir «no», plantear demandas, exteriorizar deseos, aceptar responsabilidades.

### 2. *Acusación*

*Función:* que la otra persona lo crea a uno fuerte.

*Palabras:* desaprobatorias («nunca haces nada bien»), exigentes, dictatoriales, destinadas a mostrar superioridad, inculporias, de rechazo, interrumpiendo al otro.

*Voz:* alta, a menudo chillona, dura, firme.

*Presentación:* no hace caso de las respuestas; emblemática.

*Postura:* dedos extendidos para acusar, la persona se inclina hacia adelante, una mano en la cadera.

*Cuerpo:* respiración por inspiraciones tenues, limitadas, o bien totalmente retenida.

*Sintaxis:* generalizaciones frecuentes («todos», «cualquiera», «nunca», «ningún», «siempre»). Empleo de preguntas negativas («¿por qué no haces esto?», «¿cómo es eso de que usted no puede . . . ?»). Los nexos temporales o situacionales aparecen a menudo incorrectamente reproducidos o unidos.

*Vivencia de sí mismo:* sobresale el deseo impaciente de ser uno reconocido junto con su opinión. A más enojo, más exigencia. Siempre a la espera de ser atacado y vencido. La persona se siente no escuchada, incomprendida, tratada injustamente, desvalorizada, fracasada, sola. Con desconfianza se teme reconocer la propia debilidad; el ataque es la mejor defensa.

*Reacciones del receptor:* angustia (1), miedo (1), retraimiento (1), sentimientos de culpa (1), enojo (2), cólera (2), frialdad (3), explicaciones sobre la cuestión (3).

*Terapia:* establecer límites uno mismo, introducir reglas, poner término a procesos destructivos, experimentar con proximidad/distancia, reaccionar de manera pronta y enérgica. Promover: mensajes en primera persona, escuchar a los demás, traducir las acusaciones en necesidades.

### 3. *Racionalización*

*Función:* demostrar que la amenaza se debe considerar inocua; consolidar la propia valía por medio de palabras grandiosas.

*Palabras:* razonables, explicativas, fundamentadoras, justificadoras; se trata de la diferencia entre lo correcto y lo falso.

*Voz:* a menudo monótona.

*Cuerpo:* sin movimientos, tenso.

*Sintaxis:* se elimina la representación de los contenidos vivenciales, o sea que a menudo se elimina el sujeto de los verbos activos («se puede ver» en lugar de «yo veo», o «es molesto» en lugar de «me molesta»); frecuente empleo de «se», «la gente»; generalizaciones, *Nominalizaciones:* «frustración», «estrés», «tensión».

*Vivencia de sí mismo:* miedo a la excitación y a los sentimientos, a perder el control y a quedar expuesto.

*Reacciones del receptor:* se aburre (2, 4), no siente nada y se retrae (3, 4), hace maniobras distractivas (4), pronuncia a su vez una conferencia (4), se siente pequeño y tonto (2), profesa admiración (1), se siente desatendido y hace reproches (2).

*Terapia:* muy poco a poco, registrar matices en la expresión no verbal, adecuar el lenguaje al interlocutor, o sea, no demasiados sentimientos que puedan resultar amenazadores, ofrecer mucho reconocimiento, promover la expresión no verbal.

#### 4. Distracción

*Función:* desconocer la amenaza como si ella no existiera.

*Palabras:* no vienen al caso, representan payasadas, esquivan la cuestión, frecuentes cambios de tema; en el caso extremo: las palabras no comunican sentido, evitación de todo lo concreto, expresión irritante.

*Cuerpo:* es torpe y apunta en diversas direcciones, arreglo personal colorido, llamativo, interesante.

*Sintaxis:* rara vez se refiere de manera directa a lo dicho por el terapeuta.

*Vivencia de sí mismo:* ansia de contacto y simultáneamente miedo a él, soledad y falta de sentido, miedo a los sentimientos, desorientación; única meta: distraer al otro.

*Reacciones del receptor:* variadas; al comienzo, a menudo risa, burla, admiración; pero si se continúa, irritación, confusión (1), ansiedad, miedo (1), soledad, aislamiento (1), extrañamiento, desilusión (2), rechazo (2), enojo y odio (2), ruptura del contacto (3), cansancio (3).

*Terapia:* orientación, asistencia para llevar a cabo transacciones completas, para terminar las cosas, para tenerlas claras; donde sea posible, tomar contacto corporal.

A estas pautas de comunicación perturbada -destinadas a ocultar la (presunta) flaqueza de la propia valía-, Satir contraponen una quinta, «la forma de comunicación congruente» (5): en contacto consigo mismo, el ser humano envía mensajes concordantes en todos los niveles, las discrepancias se pueden percibir y discutir, la interacción se basa en el aprecio, la propia valía, reglas claras, referencia a la realidad, seguridad y confianza.

### 19.3.3 La intervención terapéutica

A causa de la heterogeneidad muy grande que presentan en los detalles los «abordajes centrados en la experiencia» y del vasto espectro de intervenciones consentidas en el marco de la psicoterapia humanista, sólo podemos esquematizar aquí los grandes rasgos de la acción terapéutica. Ya indicamos que la actitud general del terapeuta responde a la psicología humanista; en consecuencia, se guía por perspectivas como encuentro, singularidad, totalidad, etc. Mayor importancia tiene la espontaneidad del terapeuta en el encuentro existencial; esto es cierto sobre todo en el caso de los ya mencionados «iniciadores» de esta corriente, personalidades fuertes que no se someterían a una técnica esquematizada.

En este sentido sostiene Walter Kempler (1976) que «la terapia experiencial» no conoce técnicas sino sólo personas. Y Carl Whitaker (1976) opina que la teoría es útil para el principiante, pero que después es importante llegar a ser uno mismo; dice él que Carl Rogers y Joseph Wolpe, p.ej., obtuvieron muchos logros por aplicación de sus propias técnicas; pero estas, en manos de sus discípulos, revelaron claramente sus límites porque ellos intentaron copiar la estructura técnica y teórica de sus maestros en vez de ser creadores. Toda terapia, sigue diciendo Whitaker, es una mezcla de arte y ciencia, y la proporción entre aquel y esta es de noventa a diez en el caso de «la terapia experiencial».

No obstante esta fuerte insistencia en la autenticidad y espontaneidad del terapeuta, existen en efecto estructuras de acción (aunque sin duda las intervenciones no son planeadas en medida tan grande como ocurre, p.ej., en el abordaje estratégico, véase infra). Tal vez esto se aplique menos a Whitaker, puesto que se llama a sí mismo «terapeuta del absurdo». Recurre a insólitas intervenciones paradójicas, procura producir un choque, asombrar, hechizar, confundir (cf. Hoffman, 1982, págs. 234 y sigs.). El propósito es fluidificar las estructuras cristalizadas de comunicación, redefinir el problema y promover el proceso de experiencia de las personas singulares de la familia en favor de sus deseos y sentimientos propios, y de los deseos y sentimientos de los demás.

Algunos aspectos de la intervención de Virginia Satir se expusieron ya en conexión con las pautas de comunicación. Su primer paso es recopilar la «historia familiar» (los miembros que la integran, casamientos, expectativas, reacciones, etc., cf. Satir, 1973). El trabajo se emprende con la mira de mejorar las estructuras de la comunicación y de la propia valía. Se elucida el proceso interactivo de la familia, para lo cual el terapeuta hace

las veces de «modelo de comunicación». Luthman y Kirschenbaum (1977) definen el doble vínculo terapéutico (cf. el capítulo 17) como la intervención más importante en la perspectiva del cambio, pero exponen además toda una serie de técnicas de intervención en el nivel interactivo, por una parte, y en el nivel intrapsíquico, diádico y del proceso, por la otra. En general se trata de romper los modelos defensivos y de introducir un proceso de crecimiento en cada uno de los miembros y en la familia en su conjunto. El terapeuta enseñará paradigmáticamente a aquellos el modo de acusar recibo, para que cada uno pueda extraer provecho de la experiencia y la vivencia del otro. Se ponen de manifiesto las pautas de comunicación incongruentes, se tematizan las comunicaciones no verbales, se discuten las esperanzas y expectativas, etcétera.

Walter Kempler ha compilado para los terapeutas muchos consejos prácticos en terapia familiar y gestáltica (Kempler, 1975); he aquí algunos esenciales:

- a. tienes que descubrir necesidades, y empezar para ello con el terapeuta;
- b. es preciso que los deseos sean sinceros, detallados, personales, y preferentemente pequeños y asequibles;
  - a. en el curso de la terapia, las distracciones se deben reducir conscientemente a un mínimo; hay que utilizar el acoso de la frustración para forjar una relación nueva;
  - d. se debe traer al primer plano lo inmediato;
  - e. dirígete a cada individuo en lugar de hablar a todos al mismo tiempo;
  - f. centra la conversación en la realidad práctica más que en las ideas;
  - g. no permitas que las intervenciones se conviertan en tema de conversación;
  - h. introduce singularidades, siempre singularidades; atiende al feedback, siempre al feedback;
  - i. apunta todas las comunicaciones pertinentes a su blanco real: a la persona interesada. Todas las observaciones sobre una persona dichas a otras se deben considerar chismes no deseados. «Dígaselo a él (a ella, a ellos)», esa es la consigna. (Ya se apuntó que este consejo ha sido invertido por completo en la terapia familiar estratégica con la técnica del «interrogatorio circular», cf. infra, la sección 5.)

Kempler comunica abundantes orientaciones, apuntamientos y ejemplos breves para una intervención lograda, que no podemos reproducir aquí. Además, todos los terapeutas de la corriente centrada en la experiencia emplean con libertad las técnicas de intervención que expusimos al comienzo de este capítulo en tanto son comunes a todas las escuelas.

## 19.4 Terapia familiar estructural

Este abordaje se liga con el nombre de Salvador Minuchin. Su primera obra importante fue *Families of the slums* (Minuchin et al., 1967), resultado de varios años de trabajo de su grupo de investigación en un distrito pobre de Nueva York, donde por primera vez se pusieron a prueba los métodos de la terapia familiar. Después que Minuchin se trasladó a Filadelfia con una parte de su equipo, la elaboración ulterior de sus puntos de vista se vio influida por Jay Haley, quien trabajó con él de 1967 a 1976. El propio Haley es considerado uno de los más importantes sostenedores de la «terapia familiar estratégica» (cf. infra, la sección y 5).

El concepto de «estructura» en el abordaje de Minuchin se refiere en especial a la articulación de la familia en subsistemas (personas, hijos/padres, etc), a la rigidez/flexibilidad de estos subsistemas, a las transacciones entre ellos y, también, a la separación o la permeabilidad de las fronteras que los separan. La intervención del terapeuta se produce sobre el fondo de una representación normativa relativamente clara de Minuchin acerca del modo en que debe estar estructurada una familia de buen funcionamiento: «La causa de las dificultades son las transacciones disfuncionales de la familia, que es preciso modificar en la circulación de esta» (Minuchin y Fishman, 1983, pág. 50). Por eso el terapeuta procede de manera directiva: «El terapeuta familiar tiene que asumir la conducción desde el comienzo» (ibid.).

### 19.4.1 La estructura familiar normativa

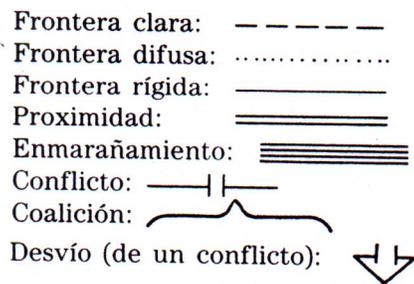
Un requisito muy importante en el modelo familiar normativo de Minuchin es que deben existir fronteras claras entre los subsistemas. Las fronteras tienen «la función de preservar la diferenciación del sistema (en subsistemas)», y es por medio de estos subsistemas como el sistema familiar cumple sus funciones (p.ej., proteger a sus miembros, adaptarse a los cambios, garantizar la continuidad, etc.). Ahora bien, «claridad» en este contexto significa que las fronteras no sean demasiado rígidas -porque, en ese caso, los subsistemas quedarían o separados entre ellos o aislados- ni difusas -Minuchin habla de «enmarañamiento» a propósito de esto-. Dicho de manera positiva: con fronteras claras, el subsistema puede cumplir sus funciones sin una intromisión externa indebida y, al mismo tiempo, mantener contactos hacia afuera. (Con respecto al

frecuente empleo del concepto de «función» en pasajes centrales, es preciso admitir que su significado -en un nivel sociológico o de crítica social- permanece en buena medida implícito.)

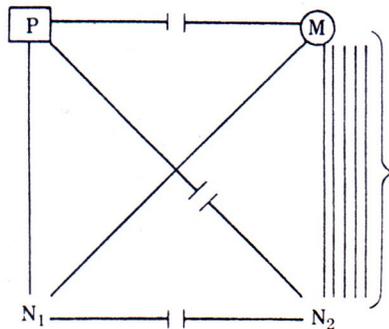
La terapia familiar estructural pone de relieve tres subsistemas característicos cuyo deslinde y funcionalidad se deben considerar dentro de la trama del conjunto: el subsistema conyugal, el subsistema parental (que llegado el caso puede incluir a un abuelo o a un hijo en quien se han delegado funciones parentales) y el subsistema de los hermanos. Minuchin concede una particular importancia al subsistema conyugal. Cumple funciones vitales para la familia, ya por el solo hecho de que es el fundador de la familia como tal. Las pautas de interacción entre los cónyuges deben ser en buena medida complementarias «de manera que cada uno de los cónyuges pueda "ceder" sin tener la sensación de haberse "entregado"» (Minuchin, 1977, pág. 76). El deslinde respecto de los otros miembros de la familia tiene que estar particularmente claro para este sistema porque «marido y mujer necesitan de un refugio frente a las diversas exigencias de la vida». «En la situación terapéutica esta necesidad vuelve obligatorio que el terapeuta proteja la frontera que rodea al subsistema familiar» (pág. 77). Esto resulta válido de igual manera cuando hay hijos y, por lo tanto, el subsistema conyugal es al mismo tiempo parental.

Minuchin insiste repetidamente en que la paternidad exige siempre el ejercicio de la autoridad. «Mientras los niños son todavía pequeños, predominan las funciones de dar alimento y protección. Después adquieren importancia los controles y la actividad de guía» (ibid., pág. 78). Pero como los niños tienen el derecho y la obligación de crecer y de volverse autónomos, es preciso respetar y proteger también las fronteras que deslindan al subsistema de los hermanos. (Nótese que tampoco estos requisitos normativos -atener que» es una de las expresiones más frecuentes- se someten a un cuestionamiento de relativismo cultural o de crítica sociohistórica. )

Para describir la estructura de la familia, las fronteras entre subsistemas, las coaliciones, etc., Minuchin ha propuesto el siguiente sistema de notación (1977, pág. 73):



El «mapa» de una familia puede presentar el aspecto que se ve en el esquema que abajo insertamos. Comó el terapeuta no actúa ni percibe ..objetivamente, desde afuera» (véase infra) sino como integrante del sistema (nuevo, ampliado), estos mapas -que por lo demás se elaboran paso a paso- se deben entender como meras hipótesis provisionales en el sentido de un diagnóstico de proceso, tanto más cuanto que la estructura está destinada a modificarse en la terapia. Se confeccionan entonces mapas que son revisados a cada momento, y sobre la base de ellos se pueden planificar las intervenciones (más precisamente: sus líneas orientadoras).



Mapa de una familia con dos hijos

#### 19.4.2 Estructuras patógenas

La familia que entra en terapia tiene en la mayoría de los casos una idea clara sobre los problemas: por regla general estos se sitúan en los síntomas de un determinado miembro de la familia que debe ser «reparado». En lugar de aceptar esta definición, es tarea del terapeuta descubrir estructuras patógenas o disfuncionales. Estas a menudo se generan cuando el sistema familiar no reacciona ante los cambios (p.ej., la emancipación de los hijos) de manera flexible sino con un funcionamiento estereotipado y pautas rígidas de interacción.

De los requerimientos antes expuestos se deducen de manera inmediata algunas conclusiones sobre lo que se ha de considerar estructura familiar patógena. P.ej., un deslinde difuso del subsistema parental respecto del de los hermanos, o el aislamiento de un miembro de la familia nuclear. Enmarañamiento y/o aislamiento se comprueban para todos los subsistemas, para combinaciones de estos y/o para la familia como un todo. Coaliciones rígidas duraderas (alianza de unos subsistemas contra otros) o conflictos latentes e irresueltos deben ser tenidos en cuenta por el terapeuta.

Es importante en este sentido el concepto de triangulación; se entiende por tal «la inclusión, en una relación conflictiva de dos, de un tercero (p.ej., un hijo, el terapeuta) que oculta y/o agudiza el conflicto» (Simon y Stierlin, 1984, pág. 366). En un conflicto se puede introducir secretamente una coalición con un tercero a fin de restablecer el equilibrio de fuerzas. En tal caso el conflicto se oculta si el tercero (casi siempre un hijo) desarrolla un problema (p.ej., un síntoma psicossomático) porque, p.ej., los padres (cuyos conflictos son los ocultados y desviados con la mayor frecuencia por esas triangulaciones) tienen que dedicarse juntos a atender ese problema.

Casi siempre (aunque sólo sea por el tamaño usual de las familias) participan varias generaciones en estas triangulaciones o «tríadas rígidas». Von Schlippe (1984) apunta que en una familia nuclear de cuatro miembros (padre, madre y dos hijos), si se incluyen las dos parejas de abuelos habrá cincuenta y seis triángulos de formación posible. Esto lo lleva a considerar importante la inclusión de los abuelos (cita en este sentido a Haley, 1980) porque en las familias que presentan triangulaciones a menudo se reproducen en la generación siguiente las relaciones perturbadas, p.ej., es frecuente que la coalición entre un hijo y un progenitor se presente junto con la coalición de un progenitor y un abuelo.

### *19. 4. 3 Esquemas de intervención*

La planificación del tratamiento surge de tres «axiomas» que son: 1) la estructura familiar influye, a modo de contexto, sobre los procesos interiores del individuo (y a la inversa); 2) cambios producidos en ese contexto traen por consecuencia cambios en el individuo, y 3) la conducta del terapeuta es parte del contexto. Por lo tanto, el terapeuta no se sitúa frente a la familia sino que «la idea básica es que se produce un cambio en la medida en que el terapeuta participe con la familia y la reestructure de acuerdo con un plan cuidadoso de manera de transformar las pautas disfuncionales de interacción» (Minuchin, 1977, pág. 117).

El proceso terapéutico, dice Minuchin, consta de tres pasos importantes que empero, en el tratamiento mismo, son inescindibles: 1) el terapeuta entra en coparticipación con la familia y asume la conducción (p.ej., las comunicaciones importantes pasan por él, es responsable de lo que acontezca); 2) tiene que descubrir la estructura básica de la familia, y 3) debe crear las condiciones que posibiliten una transformación de la estructura. Para ello entra en la homeostasis de la familia, produce crisis a fin de mover a esta hacia un equilibrio nuevo. Por medio de una serie de técnicas cuestiona la organización actual del sistema. Este cuestionamiento se debe entender en principio como la búsqueda de pautas nuevas, lo que impone destruir las antiguas, p.ej., por confrontación, cambio de la visión de la realidad, etcétera.

En conexión con este procedimiento, Minuchin define tres estrategias principales de la terapia familiar estructural, cada una de las cuales incluye diversas técnicas. Estas estrategias principales son (cf. Minuchin y Fishman, 1983):

#### *1. «Cuestionamiento del síntoma*

Desde la perspectiva de la terapia familiar estructural, el síntoma (del paciente «individualizado») que mueve a la familia a solicitar terapia es una solución protectora destinada al mantenimiento de la homeostasis en condiciones de estrés. Por eso un paso esencial consiste en redefinir la visión que la familia tiene del problema. El terapeuta, después de observar y poner por escrito la estructura familiar con particular referencia a las interacciones que se producen en torno del portador del síntoma, intenta por diversos caminos (p.ej., intervención paradójica, indicación directa de ciertas interacciones, etc.) cuestionar la definición del problema y el modo en que la familia reacciona frente a este. El propósito es obtener la redefinición de esa manera de ver (el «reencuadramiento», véase supra, las secciones 1 y 2; también en otros abordajes desempeña un papel importante).

## 2. «Cuestionamiento de la estructura familiar»

Una vez que el terapeuta ha conseguido entrar en la familia y fijar en el mapa sus hipótesis acerca de la estructura de aquella, pone de manifiesto alianzas y coaliciones, muestra conflictos y su desviación a través de terceros, vuelve perceptibles fronteras demasiado rígidas y/o difusas, descubre la función de ciertos subsistemas en la solución de conflictos, etc. Para ello trabaja alternadamente con los distintos subsistemas, entra en diversas coaliciones, indica plasmar diferentemente la proximidad y la distancia, etc. De esa manera recoge más informaciones acerca de las estructuras disfuncionales de la familia pero también acerca de sus lados fuertes y sus posibilidades de cambio. El objetivo es conmovir el equilibrio de la familia de modo que se produzca una recalibración.

## 3. «Cuestionamiento de la realidad familiar»

Los síntomas muestran, además, que la familia ya no tolera la realidad que ella misma ha creado. Minuchin señala que la experiencia de realidad de los seres humanos dentro de la familia depende de las pautas de interacción (sin duda que en sentido sistémico vale al mismo tiempo lo inverso). Los cambios de la estructura y de la experiencia de realidad corren entonces parejos.

Técnicas para producirlos son nuevamente el reencuadramiento, la intervención paradójica, el trabajo sobre constructos cognitivos. En casos de familias con miembros psicossomáticos, Minuchin, Rosman y Baker (1981) han mostrado la sorprendente frecuencia con que sobrevienen un reordenamiento estructural, un cambio de la visión de la realidad, y aparecen posibilidades nuevas de acción, cuando los miembros de la familia se miran a sí mismos y a los demás de una manera nueva.

## 19.5 Terapia familiar estratégica

Esta designación agrupa abordajes terapéuticos que prácticamente no toman en cuenta los problemas del individuo y se ocupan sólo de la familia como sistema comunicativo. Dejan entonces de lado, de manera deliberada, todos los fenómenos psíquicos, como conflictos, necesidades, destinos, motivaciones, predisposiciones corporales, etc., del individuo, en tanto no se los considere manifestaciones y representantes de las estructuras familiares.

A diferencia de lo que propone el abordaje estructural de Minuchin, no se parte de reflexiones teóricas sobre la familia que funciona bien sino de las posibilidades de ejercer un influjo directo sobre las personas y el sistema a fin de inducir un cambio. En este caso, el concepto de «perturbación» de un sistema (Ludewig, 1983), citado en el capítulo introductorio, revela del modo más claro la intención del terapeuta: las estructuras rígidas inveteradas son sacudidas para que el sistema se vea obligado a recalibrarse. Una estrategia típica es la intervención paradójica.

Hoffman (1982) define la diferencia entre los abordajes estratégico y estructural diciendo que Minuchin parte del plano abstracto (la estructura) para internarse en el sistema familiar, mientras que los terapeutas estratégicos parten del plano específico y se abren camino hacia una visión de conjunto sobre la familia, para después pronunciar, p.ej., la intervención paradójica. El procedimiento de trabajo del abordaje estratégico presenta al comienzo semejanzas con la averiguación que llevaría a cabo un detective para esclarecer un caso (véase infra, «circularidad»).

Después que Gregory Bateson y Milton Erickson iniciaron la elaboración de la terapia estratégica, hoy los representantes más importantes de esta corriente son Jay Haley, algunos (ex) colegas del grupo de Palo Alto -en particular, Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch (Haley abandonó el MRI en 1967 y hasta 1976 trabajó con Minuchin)-; además, Gerald Zuk (quien con anterioridad tuvo orientación psicodinámica) y Lynn Hoffman. En Europa, el abordaje estratégico ha sido desarrollado de manera autónoma en Milán por el grupo de Mara Selvini Palazzoli bajo la denominación de «terapia sistémica». También Maurizio Andolfi en Roma, que al comienzo aplicaba el abordaje estructural (y que trabajó junto a Minuchin y Haley), se orienta cada vez más hacia la «terapia sistémica».

### *19.5.1 Sobre el concepto de estrategia*

En armonía con sus puras concepciones sistémicas, de teoría de la comunicación y cibernéticas, el abordaje estratégico mira más por los aspectos de disfuncionalidad del sistema familiar y por las posibilidades de la intervención transformadora que por el modelo de lo que sería una familia «sana». Tal vez se lo advierta con evidencia en el ejemplo de un proyecto de investigación (en curso) con familias esquizofrénicas, sobre el cual han informado Selvini Palazzoli y Prata (1985). Ante todo las autoras resumen el modelo que han

venido aplicando, la «terapia sistémica» (cf. Selvini Palazzoli et al., 1977): «Ya no se trata de ayudar a la familia a que comprenda racionalmente su situación, de explicar o de interpretar. Más bien se trata de aprehender lo más rápido posible el juego de la familia, que concurre al mantenimiento de los síntomas». En el programa de investigación en curso, que hasta ese momento (1985) se había aplicado a diecinueve familias (seis casos de psicosis crónica de la niñez, diez pacientes esquizofrénicos crónicos y tres con psicosis alucinatorias), ellas elaboraron un programa muy estructurado.

Tras dos sesiones con la familia nuclear (empleadas sobre todo para recoger información), los padres son citados solos. En esta tercera sesión se trata sobre la reacción que ha provocado en los hijos (o el hijo) y en los padres el hecho de que estos debieran venir solos. Esta sesión termina con una indicación en cuatro etapas: 1) El contenido total de la sesión se tiene que mantener secreto para los restantes miembros de la familia. 2) Más o menos una semana después del encuentro, los padres tienen que comenzar a salir desde la tarde hasta las 23 h. Nadie debe saber dónde están; tienen que limitarse a dejar una breve nota: «esta noche no estaremos en casa» (el momento y la frecuencia con que han de hacer esto se deben establecer con la mayor precisión de acuerdo con el terapeuta). 3) Si son preguntados, tienen que responder: «son cosas que nos interesan a los dos». 4) Cada uno de los padres por su cuenta debe llevar un diario secreto que registre todas las reacciones de los miembros de la familia. Después de la etapa 4, harán (si han cumplido con lo anterior) salidas análogas a 2, de dos días, lo que posteriormente se acrecentará de diez días a un mes.

Semejante procedimiento parecería absurdo e irresponsable a un clínico «clásico». Pero es cierto que todos los casos «presentaban historias clínicas muy graves y desesperanzadoras», o sea que eran «incurables» en el sentido de la psiquiatría «común». A esto se suma que las terapeutas, en oposición a la terapia familiar estructural y aun al abordaje anterior de ellas mismas, no procedieron a aprehender primero los procesos estructurales de la familia. Lo concreto fue que en diez de las diecinueve familias el paciente individualizado manifestó enseguida (!) una mejoría y abandonó poco a poco su conducta sintomática (en los otros nueve casos no se respetaron las indicaciones, casi siempre porque el secreto fue revelado). «Es evidente que este ordenamiento interrumpe el juego en curso sin que los terapeutas necesiten comprender primero en qué consiste» (Selvini Palazzoli y Prata, 1985, pág. 279). El abordaje estratégico se propone de este modo «hacer que una familia actúe en lugar de hablar» (ibid., pág. 281), donde por «hablar» se entiende «quejarse», «explicar», etc., y no «comunicarse», puesto que el cambio global de las estructuras de comunicación constituye precisamente un aspecto importante del abordaje estratégico.

Conviene consignar que este procedimiento «espectacular» y sus notables logros son el punto de llegada (provisional) de un desarrollo personal que se inició de manera enteramente «clásica» (según Stierlin, 1977): Selvini Palazzoli comenzó (lo mismo que casi todos los fundadores de otras corrientes) como psicoanalista. A fines de la década de 1960 publicó (en lengua italiana) un libro en que resumía sus experiencias psicoanalíticas en casos de anorexia nerviosa; manía de delgadez de las adolescentes, y los escasos logros de tratamientos individuales que a menudo habían demandado varios centenares de sesiones. En la edición en inglés, aparecida en 1974, ya se agregaban algunos capítulos donde se informaba de los primeros resultados del abordaje de terapia familiar de Selvini Palazzoli: en una buena cantidad de familias en las que la autora había aplicado este abordaje (véase infra), la anorexia desapareció duraderamente tras unas quince sesiones. En Paradoja y contraparoja (la primera edición italiana es de 1975), presentó la idea y los resultados de su trabajo con familias esquizofrénicas, donde los logros fueron igualmente sorprendentes.

Jay Haley, quien acuñó la expresión de terapia familiar «estratégica» (aunque él está muy cerca del abordaje estructural) señala la existencia de paralelismos entre el abordaje estratégico y la hipnoterapia (como la llamó sobre todo Milton H. Erickson, con quien Haley se formó durante varios años). P.ej., el hipnotizador, en cualquier inducción de un trance, introduce elementos paradójicos: la resistencia, que siempre se manifiesta trascurrido un lapso, es reinterpretada por el hecho de que el terapeuta exhorta a hacer aquello con lo cual se hace resistencia. O sea que el paciente tiene permitido -y aun debe- resistirse a la conducción del terapeuta... pero bajo la conducción del terapeuta. Esto se asemeja mucho a una prescripción de síntoma en la intervención paradójica (cf. Haley, 1978).

En un caso expuesto en detalle (Haley, 1977) se escogió una variedad de intervención paradójica particularmente refinada: el paciente era un niño de ocho años con angustia ante los perros, tanta que no quería salir de su casa y echaba a correr desafiando el tránsito cuando por la calle se encontraba con uno. Tras algunas sesiones de terapia familiar (en las que se puso en evidencia, p.ej., un conflicto oculto entre los padres), el niño estuvo dispuesto a ir con su padre a comprar un cachorro; el criterio establecido en la terapia para elegir el perro fue que este tuviera miedo de él. La tarea del niño consistió después en «curar» al perro de este miedo «fingiendo» él, el niño, que tenía miedo del perro. Este ordenamiento paradójico resultó eficaz; a las pocas semanas el niño había perdido su miedo.

En lo que sigue elucidaremos los principios del abordaje estratégico sobre todo con referencia a la terapia de familias esquizofrénicas. Para ello nos centraremos en el abordaje del grupo de Milán nucleado en torno de Selvini Palazzoli, en su versión anterior, no en la más reciente que acabamos de esbozar, en parte porque este

programa de investigación no ha terminado todavía y, en parte, porque la versión anterior se presta mejor a las elucidaciones y es típica de otros abordajes estratégicos.

### 19.5.2 *La estructura familiar patógena*

Indicamos ya que en los abordajes estratégicos, y muy en particular en la «terapia sistémica» del grupo de Milán, la etiología o la patogénesis de las perturbaciones no desempeña ningún papel; lo único que importa es la estructura actual de las interacciones, su significado para la homeostasis del sistema familiar (incluidos los síntomas) y la creación de estrategias destinadas a «perturbar» esta homeostasis (véase supra). Como lo expusimos, en su abordaje más reciente la terapia parece reducirse al último aspecto: interrumpir el «juego».

No obstante, en el contexto en que son creadas estas estrategias se averigua lo que se asemeja a un modelo básico de la patogénesis de los síntomas esquizofrénicos (de los cuales tratamos aquí); esto es evidente en la citada obra Paradoja y contraparoja. Parece conveniente reconstruir estas ideas al menos de manera esquemática porque a partir de ellas los aspectos «puramente estratégicos» cobran sentido y aparecen referidos a una estructura familiar (universal, abstracta); evidentemente estos aspectos estratégicos constituyen la experiencia básica del grupo de Milán y de su estrategia de la «interrupción del juego»:

En la base de todas las perspectivas de intervención terapéutica del grupo de Milán está la idea de que no es el miembro individual de la familia, tampoco el paciente individualizado, y ni siquiera la familia como tal, el objeto de estas intervenciones, sino que lo es el «juego familiar». Toda familia se constituye dentro de cierto lapso, y las interacciones se ponen a prueba de una manera casi experimental hasta que el sistema encuentra una estructura gobernada por reglas. Una familia «patológica» se regula por medio de transacciones que se reflejan en la modalidad de los síntomas. Esta idea sobre el proceso de constitución de una familia en manera alguna desconoce que las personas que se ponen en relación (por regla general la pareja parental) pueden traer consigo hábitos y experiencias que influyan sobre la elección de determinadas reglas. Selvini Palazzoli et al. (1977) citan la afirmación de Bowen de que hacen falta por lo menos dos generaciones para producir un esquizofrénico: la pareja parental proviene a su vez de familias que tuvieron normas rígidas; si a esto se agrega, por miedo a ser rechazado, la aversión a la confrontación personal, quedan establecidas las bases de un sistema de reglas en el que la esquizofrenia se genera como síntoma.

Para la descripción de familias esquizofrénicas el grupo de Milán parte de la perspectiva que el grupo de Bateson había elaborado en el marco de la teoría del «doble vínculo» (cf. el capítulo 17, 3): su núcleo es una paradoja por comunicación incongruente en los planos del contenido y de la relación, de la que es imposible sustraerse mediante metacomunicación (o huida franca). En efecto, en las familias esquizofrénicas la metacomunicación está cubierta con «un velo de niebla» (Selvini Palazzoli), generado por el temor de sus miembros de confrontar entre ellos y definir las relaciones. A esto se suma una sutil lucha por el poder dentro de una relación simétrica: cada uno quiere obtener el control sobre la definición de la relación, pero esquiva el temido paso en falso y la derrota recurriendo a un medio eficaz: «desvalorizar enseguida la propia definición de la relación, y ello antes que el otro haya podido hacerlo, a fin de anticiparse al golpe insoportable» (*ibid.*, pág. 31). En este contexto los autores elaboran dos posibilidades de desvalorización que ellos han observado: la primera consiste en desconocer los mensajes y definiciones relacionales del otro, y la segunda, en enviar mensajes que de algún modo señalen «yo no existo en la relación contigo»; y alguien que no existe no puede ser herido y resulta imposible determinar la relación con él.

El núcleo del juego de comunicación que resulta de esto (para más detalles, cf. op. cit.) es que todas las transacciones son meras movidas de piezas, todo es un simulacro. La simetría de la relación hace que el juego nunca pueda llegar a su término porque mientras dure existirá por lo menos en teoría la posibilidad de ganarlo y, en todo caso, no se ha perdido. La homeostasis depende entonces del mantenimiento del juego: «un juego absurdo en que los jugadores se empeñan en ganar cuando la regla suprema del juego es, justamente, la prohibición de ganar o de perder» (*ibid.*, pág. 41). Pero el esquizofrénico es el que a la jugada de un miembro del sistema que amenaza con abandonar este (y poner fin al juego) responde con haberse ido él mismo ya, con estar todavía presente físicamente pero como un extraño. El «se sacrifica», por así decir (es cierto que sólo como jugada), para que el juego pueda proseguir, pues ante esto los otros se ven obligados a reaccionar. La conducta esquizofrénica es, así considerada, una exhortación a modificar la definición de las relaciones. Pero es una exhortación paradójica porque estas relaciones nunca fueron definidas. «¿Quién es más fuerte en el juego de definir una relación que está definida como indefinible? ¿El esquizofrénico? ¿O el que se lo ha impuesto?» (*ibid.*, pág. 47). Esta caracterización de la interacción familiar esquizofrénica coincide con el detallado análisis que ofrece Haley de la interacción esquizofrénica (cf. Haley, 1978, primera edición norteamericana, 1963).

Infructuosos intentos de modificar las reglas dentro del sistema (en cierto modo, participando los terapeutas del juego), así como las publicaciones del grupo de Bateson, que había experimentado con «el doble vínculo terapéutico», llevaron finalmente a los autores a aplicar esta última técnica ampliándola; elaboraron las llamadas «contraparadojas»: en el espíritu de la intervención paradójica, se trata de despotenciar la lógica del juego paradójico. De esta manera uno evita ser inducido al juego: «El que entra en el juego ha perdido por ese solo hecho».

### 19.5.3 Aspectos de la intervención

El grupo de Milán ha elaborado un setting especial: dos terapeutas trabajan con la familia mientras otros dos observan el proceso a través de un espejo unidireccional. Entre los dos equipos parciales se produce un activo contacto: un terapeuta puede salir de la sala para conferenciar con los que observan, o estos lo pueden llamar, o se envían mensajes escritos (p.ej., con preguntas para hacer a los miembros de la familia), etc. Esto contribuye a optimizar el proceso de elaboración de hipótesis (véase infra) sobre las interacciones, y a optimizar también las preguntas acerca de informaciones importantes, y las intervenciones. Pero una no desdeñable consecuencia de esta técnica es que la familia no podrá incluir en su juego a unos terapeutas que manifiestamente están «gobernados» desde afuera; esto vuelve inútil todo intento de gobernar a los terapeutas.

Hacia el final de la sesión se hace una pausa para que todo el equipo conferencie en una sala contigua y pronuncie después una definición de la situación o imparta una tarea. Las sesiones duran más o menos una hora y están separadas por cuatro o cinco semanas: la experiencia ha demostrado que estas prolongadas separaciones son propicias para dar a la familia la posibilidad de cambiar (Selvini Palazzoli habla de «terapia breve prolongada»: una cantidad muy pequeña de sesiones distribuidas en un lapso extenso). Los intentos de acortar esos plazos con el argumento de que los síntomas han empeorado mucho se interpretan como referencias al cambio y como intentos de boicotear este, y se declinan cortésmente esos pedidos.

El primer paso esencial de la contraparadoja consiste en reformular la autodefinición de la familia. El medio es la «connotación positiva» (Selvini Palazzoli): la conducta sintomática del paciente identificado y también la conducta de los otros miembros de la familia que le dan sustento (en el sentido sistémico) son definidas como positivas para la homeostasis de la familia. Así, ante una familia con una hija de veintidós años (síntomas: conducta psicótica con delirios), pronunciaron al término de una sesión este mensaje (después que el equipo, sobre la base de las observaciones, hubo adoptado la hipótesis de que existía una coalición oculta entre Sofía y su madre):

«Estamos muy impresionados por los esfuerzos que hacen papá, Antonio, Lina, Celia y Renzino para obligar a Sofía a hacer que la vida de mamá se vuelva a llenar de sentido. Es que ellos han llegado a la convicción de que alternadamente siempre un miembro de la familia tiene que despertar el interés de mamá, aunque sea en una forma que la haga sufrir. Como conocen el afán de independencia de Sofía, saben muy bien que mientras más la insten a desprenderse de la madre, tanto más la fuerzan a aferrarse a la madre. El equipo de terapeutas» (Selvini Palazzoli et al., 1977, pág. 141).

A todo esto los terapeutas observan con mucho cuidado las reacciones de los diversos miembros a fin de elaborar a partir de ello nuevas hipótesis y estrategias para la sesión siguiente. La «connotación positiva» es análoga a la prescripción paradójica de síntoma porque «¿qué hará una muchacha que es definida por los terapeutas como tan independiente que tiene que ser obligada por los otros a ser dependiente, para creerse independiente?» (*ibid.*).

Selvini Palazzoli et al. (1981) vuelven a resumir en un artículo las reglas fundamentales y métodos de su abordaje (anterior). Elaboran para ello tres perspectivas centrales:

#### 1. Formulación de hipótesis

Los datos complejos referidos al síntoma se tienen que articular en hipótesis sistémicas. Estas sirven en cada caso como punto de partida de la recolección de informaciones y de la intervención (véase el ejemplo anterior). Para ello estas actividades se llevan a cabo en un espíritu experimental en el sentido de la investigación de la acción: la puesta a prueba de las hipótesis (independientemente de que sean correctas o falsas) es una intervención en el campo que se investiga, sobre todo cuando la hipótesis ha sido correcta y eficaz, y ha modificado el sistema; en consecuencia, el sistema es otro en la sesión siguiente; no se separan ya la acción como «recolección de datos» y la acción como «intervención».

#### 2. Circularidad

Por circularidad entienden los autores en general «la capacidad del terapeuta para dejarse guiar en sus preguntas por la realimentación que le ofrece la conducta de la familia cuando él pide a sus miembros una información sobre su conducta recíproca, es decir, sobre las diferencias y los cambios» (*ibid.*, pág. 131). En concreto esto impone privilegiar en las preguntas sobre todo diferencias de conducta (y no sentimientos o interpretaciones). Los autores han elaborado para esto una técnica específica que consiste en hacer preguntas circulares a cada miembro de la familia acerca de un determinado aspecto de las relaciones entre otros dos, en busca de diferencias (esto contraría por completo la regla de otras terapias familiares y de grupo: «cada uno habla sólo por sí»). Se puede aludir incluso a personas ausentes y a situaciones hipotéticas, p.ej., «¿quién se inmiscuye más en la pelea entre tus padres, tu abuelo o tu abuela?», o «si uno de ustedes, los hijos, se quedara en el hogar sin casarse, ¿quién lo haría de preferencia por su padre y quién lo haría de preferencia por su madre?». También interesa el modo en que cada uno de los miembros de la familia reacciona al síntoma, en lugar de «enredarse en aburridos relatos sobre comportamientos sintomáticos» (*ibid.*, pág. 135), p.ej., «cuando X hace a, ¿cómo reacciona Y?, ¿cómo reacciona Z?»). Una ventaja de este procedimiento consiste en que además de proporcionar una información detallada promueve en los miembros de la familia tanto el pensamiento diferenciado como las diferencias, de cuyas capacidades carece, justamente, la familia esquizofrénica.

### 3. Neutralidad

Por tal se entiende un efecto pragmático de los terapeutas (no una actitud ni una complejidad intrapsíquica): los miembros de la familia al cabo de una sesión no deben poder decir que el terapeuta se ha aliado con alguno de ellos. En opinión de los autores es importante que el terapeuta establezca y mantenga un nivel funcional (metaplano) que sea diferente del de la familia. Esto se obtiene también por medio del setting ya descrito. «Los terapeutas tienen que haber aprendido ante todo a desempeñarse de la manera más imparcial y fría que sea posible, como si se tratara de una mera partida de ajedrez en la que no se supiera nada de los adversarios en tanto individuos. Lo único que importa es entender su juego para poder conducirse de manera acorde» (Selvini Palazzoli, 1977, pág. 121). Este efecto pragmático es importante justamente en el caso de familias esquizofrénicas; contribuye a impedir verse enredado en la paradoja de la familia y asegura la eficacia de la contraparadoja.

Al menos las perspectivas 1 y 3 se siguen aplicando en el nuevo abordaje de los de Milán; la perspectiva 2 se abandona porque ya no se trata de aprehender estructuralmente o en su contenido el «juego familiar» sino sólo de interrumpirlo. Resta por saber si esta estrategia, que según los primeros resultados ha conseguido evidentes logros en casos de esquizofrenia, se puede aplicar también a otras clases sintomáticas.

## 20. Epílogo: prolegómenos a una terapia de niveles múltiples

En las «Palabras preliminares» apunté que era para mí importante exponer las corrientes terapéuticas sin incurrir en una crítica apresurada y, en lo posible, a partir de su lógica y desarrollo internos. No obstante las numerosas referencias cruzadas, el resultado ha sido un variopinto caleidoscopio de abordajes yuxtapuestos, lo que por otra parte refleja exactamente el estado de la teoría y la práctica en psicoterapia. El intento de este capítulo conclusivo de esbozar algunas perspectivas integradoras para la comprensión de la psicoterapia no debe aparecer ni como un «resumen» de los capítulos anteriores ni como una crítica general a los abordajes expuestos o la propuesta de una «variedad de terapia» alternativa. Más bien se trata de mostrar algunos elementos fundamentales para la concepción de un marco dentro del cual los diversos abordajes se puedan relacionar mejor. El propósito de este breve esbozo se habrá cumplido si algún lector, en la visión retrospectiva de los capítulos anteriores, pasa de una impresión de «yuxtaposición», o aun de «oposición», a la intuición de un «tanto como», o si en su actividad terapéutica práctica se pone atento para percibir aun los fenómenos que desde su propio abordaje él no suele considerar.

No creo que controversias en que terapeutas de la conducta reprochen a los analistas no ser científicos, defensores de la posición humanista caractericen a la terapia de la conducta de tecnología para ratas, y terapeutas de orientación sistémica dejen constancia del pensamiento primitivo-monocausal de todos los demás (para nombrar unas pocas posibilidades); no creo que esas controversias, con la descalificación de otros abordajes que ellas suponen, sirvan para esclarecer los procesos de la terapia. No es útil, claro está, diluir puntos de vista que en efecto son diferentes, pero de nada vale tampoco imponer una decisión acerca de cuál de aquellos es el «correcto». Más bien, esos diversos puntos de vista posibilitan perspectivas distintas sobre un mismo objeto complejo, y es justamente la multiplicidad de las perspectivas lo que permite reconstruir un objeto de manera apropiada.

Tras cada uno de los abordajes expuestos en este libro hay varias décadas de empeño en la inteligencia y el conocimiento, innumerables experiencias integradas y un saber práctico laboriosamente adquirido con relación a la eficacia terapéutica. Por eso parece desatinado desconocer algunas o la mayoría de las concepciones resultantes sólo porque describan fenómenos que desde la perspectiva propia no se perciben o aparecen bajo una luz diferente. Aunque la psicoterapia de diálogo no temática de manera explícita fenómenos como resistencia, transferencia y contratransferencia, plan de vida, intuición, cogniciones irracionales, diálogo interior, condicionamiento de la conducta, límites del contacto, paradojas comunicativas, expectativas de rol, pautas de colusión, triangulaciones, etc., las percepciones y experiencias vitales de trabajo terapéutico encarnadas en aquellos conceptos no se podrían desechar como otras tantas alucinaciones idiosincráticas. Pero de ello en manera alguna se sigue que estos fenómenos (y otros) se deban considerar todos en la psicoterapia de diálogo o en otro abordaje; más bien impone tomar conciencia, como terapeuta, de que con su propio abordaje cada uno adopta una determinada perspectiva sobre una red de complejísimos lazos en la que se mueven al mismo tiempo muchísimas «cosas» que no se tienen en vista (y puede resultar fructífero, al menos cuando el movimiento percibido del conjunto discurre de manera insatisfactoria, variar las perspectivas).

Es evidente que la pregunta por los componentes centrales del proceso terapéutico -o sea del estado y del cambio de estado y de conducta de un ser humano- desemboca con rapidez en una trama compleja generada por acciones recíprocas (sistémicas). No es dudoso que muchos factores desempeñan en esto un papel esencial: estructuras básicas heredadas, procesos bioquímicos y neuronales, la constitución muscular y física en general, experiencias y las posibilidades de su acumulación, estilos familiares de interacción, autoadoctrinamiento, expectativas de rol, situación económica, sistemas sociales de valores y de normas (para citar sólo algunos aspectos de diferentes niveles). La elucidación de estos nexos se dificulta porque ya en una mera descripción es preciso recortar unos pocos aspectos de este complejo edificio de acciones recíprocas a fin de adecuarse a la secuencia lineal de oraciones del lenguaje normal. El punto de partida de una exposición es muy arbitrario, pero creo conveniente escoger uno desde el cual los hilos separados se puedan volver a enlazar. Este punto de partida, o punto de fusión, me parece que es el proceso humano de la información en el sistema nervioso central. Lo llamaremos, en aras de la brevedad, PIC (proceso de información central).

PIC guarda una relación doble con el fenómeno «tiempo»: por un lado se trata de un proceso que él mismo ocurre en el tiempo (objetivo). Por otro lado, este proceso es el que constituye «el tiempo» como experiencia subjetiva (y por eso «el pasado», «el futuro», «el cambio» y «la estabilidad», etcétera).

El tiempo es (como el espacio) un fenómeno central de nuestra realidad. Todos los conceptos y las perspectivas importantes de la terapia, como «anamnesis», «aprendizaje», «transferencia», «fase de desarrollo», etc., contienen de manera explícita o implícita la dimensión temporal (ya por el hecho de que la terapia supone cambio en el tiempo). El tiempo suele presentárenos bajo el aspecto de la historicidad: sólo por distanciamiento respecto del ser inmediato pueden surgir pasado y futuro como categorías de pensamiento, y sólo así nuestro mundo de vida llega a ser lo que es. Por esta distancia respecto del ser inmerso en la corriente del tiempo adoptamos una perspectiva cuyo punto de mira se sitúa, por así decir, fuera de esta corriente del tiempo; tal si miráramos la corriente del tiempo como contempláramos el curso de un río desde lo alto de una montaña. Ensayamos abarcar un tramo de vida, de cuarenta años tal vez (sin duda que de manera más o menos confusa y fragmentaria): etapas importantes, sucesos, relaciones (y su desarrollo) en el pasado. Del mismo modo intentamos anticipar las posibilidades de conducta en el futuro próximo, las reacciones posibles frente a sucesos y personas del futuro (y, p.ej., elaborarlas terapéuticamente).

Esta perspectiva «usual» es muy conveniente para la construcción de la realidad cotidiana como mundo de vida histórico. Pero para el análisis que sigue es de extrema importancia tener en claro que este distanciamiento es un logro artificial, sintético, cognitivo, de la conciencia reflexiva como consecuencia del PIC: en el pensamiento podemos movernos con aparente libertad en el tiempo (y en el espacio); pero todo vivenciar (incluido el de todos los procesos cognitivos, por lo tanto también el pensar estos pensamientos) se despliega exclusivamente en el «aquí y ahora». El recuerdo de que el año pasado estuve en Viena, de que ayer llegó una carta que me movió a seguir trabajando en el manuscrito, de que mañana tengo que ir a la Universidad y es probable que me encuentre con X, todo esto se produce aquí y ahora; y lo mismo vale para las angustias, las valoraciones, las sensaciones corporales, etc., que asocio con ello. Son proyecciones sobre el tiempo, pero se tienen que hacer aquí y ahora.

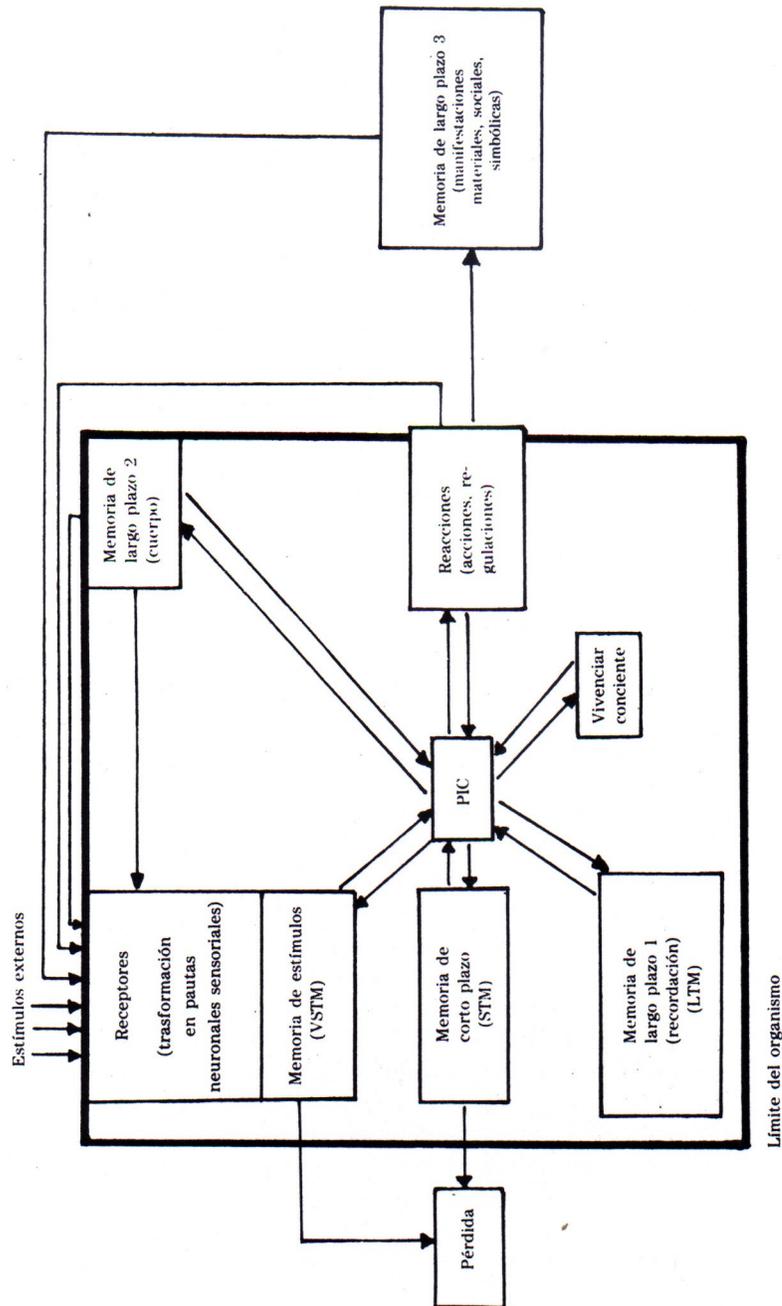
Con esto en modo alguno ponemos en duda que los fenómenos de la experiencia así constituidos sean de ordinario muy funcionales en su eficacia cotidiana. El «aquí y ahora» incluso no es vivenciado las más de las veces, porque aquí y ahora de continuo un pasado se recuerda y un futuro se anticipa, y de esta manera todo el vivenciar está lleno de estas proyecciones (espacio-) temporales, tanto que mucho de lo aprehendido por los

sentidos aquí y ahora ni siquiera llega a la conciencia (p.ej., sensaciones corporales, aromas, ruidos, etc.). Por eso es preciso distinguir entre el PIC, que de continuo se produce ahora, y los contenidos que resultan de este proceso: la producción permanente de partículas de conciencia (pensamientos, representaciones, sentimientos) que en buena medida están dirigidas al «pasado» y al «futuro» («angustia», «esperanza», «expectativa», «resignación», «duelo», etc., no tienen otro referente que esas proyecciones temporales).

Del mismo modo como el PIC produce partículas de conciencia de duración instantánea en un proceso corriente, «percepción» y «conducta» (entendidas ambas en el sentido más amplio) consisten en una corriente de elementos singulares breves que son producidos siempre de nuevo. Se podría decir que el PIC transforma las percepciones que ingresan y las acciones que egresan. Este proceso de transformación mantiene una acción recíproca con el proceso de conciencia ya esbozado (a cuyos elementos llamaremos en lo sucesivo «pensamientos», también en el sentido más amplio).

Siempre que se recuerde que se trata sólo de un modelo pragmático destinado a la mejor inteligencia y clasificación de ciertos fenómenos, tal vez ayude a explicar este proceso de transformación el modelo corriente del procesamiento de la información, con su descomposición analítica en SIM, LIM y VSTM (cf. el esquema).

Los procesos del VSTM mantienen a disposición del PIC los estímulos internos y externos en forma de pautas sensoriales transformadas durante unos 0,25 segundos. Lo que hemos designado «ahora» depende estrechamente, en cuanto a su duración, de las capacidades mnémicas de la memoria de corto plazo (STM), que van de los 10 a los 20 segundos. Es más o menos el lapso durante el cual nuestra atención conciente puede guardar información recibida sin que esos contenidos se tengan que percibir de nuevo o se tengan que recordar. «Recordar» significa por consiguiente que el PIC recurre a contenidos mnémicos que, para atenernos a determinada terminología psicológica, se atribuyen a la long-termmemory (LTM).



El PIC procesa por regla general información de todas las modalidades sensoriales (y de LTM); muchos experimentos han demostrado que tanto la búsqueda de información como el procesamiento de ciertos contenidos se producen de una manera activa y selectiva. Una parte de los resultados del procesamiento se percibe en la forma de «acciones». Otra parte son los «pensamientos» de la conciencia reflexiva. En todo esto es claro que sólo una pequeña parte de la información procesada en el PIC se vuelve consciente, mientras que otra parte permanece inconsciente. Pero es importante reparar en que también esta es capaz de regular ulteriores procesos de búsqueda y elaboración.

Son numerosas las pruebas de la existencia de procesos de elaboración que no llegan a la conciencia. Es de comprobación cotidiana que un conductor de automóviles puede entretenerse en sus pensamientos o en una conversación mientras continúa su camino «automáticamente» al tiempo que de manera compleja aprecia

semáforos e indicadores de tránsito (sólo una situación desacostumbrada orientará su conciencia a la situación de viaje). Pero es más importante el gobierno inconciente de procesos cuyos resultados se vuelven (parcialmente) concientes. P.ej., el proceso de la visión-sobreviene en la forma de miradas discontinuas, es decir, fijaciones que duran de 0,1 a 0,3 segundos, entre las cuales se producen macrosaltos (movimientos mayores de los ojos). Estas miradas en modo alguno son azarosas sino que dependen de la situación del estímulo y de la tarea, o sea que de continuo ocurren movimientos de seguimientó ocular como resultado de apreciaciones complejas de la información, proceso este que discurre de manera inconciente (desde luego que se producen miradas concientes, pero cuantitativamente son la excepción). En el mismo sentido, respecto de la llamada «defensa perceptiva» se ha comprobado que ciertas configuraciones de estímulo (p.ej., imágenes o palabras) que son problemáticas en algún sentido preferiblemente no se perciben (con conciencia), o sea que preferiblemente no llegan a la conciencia. Ahora bien, para que esta selección se pueda producir, ellas tienen que haber estado por lo menos en la VSTM y haber experimentado un procesamiento del PIC. Inversamente, la presentación de información por debajo del umbral (taquitoscópica) puede influir sobre ciertas necesidades. Del hecho de que la información de la VSTM y de la LTM no sea conciente en manera alguna se sigue que no preste un aporte decisivo a lo que pasa a la conciencia y a las reacciones. Además, una información sobre estímulos inconcientes (pero recogida en el PIC) y/o contenidos mnémicos pueden codeterminar la recolección y el procesamiento de información proveniente de la LTM.

La diferencia entre los elementos de corto plazo: «percepciones», «acciones» y «pensamientos», y la estructura relativamente constante de su proceso de producción en el PIC puede servir como clave para la comprensión de la psicoterapia: por experiencia se comprueba cierta continuidad de los procesos no obstante la duración breve de los elementos. Aquella impide que de un momento al que le sigue se deba construir un mundo de vida (y de vivencia) enteramente nuevo, y que de ello se sigan de continuo acciones imprevistas. Esto supone, como es evidente, que el PIC puede recurrir a fuentes de información que superan considerablemente en duración a los elementos que son parte del procesamiento. Lo cual nos pone frente al problema del valor de la memoria de largo plazo para el procesamiento de la información.

En las consideraciones que siguen conviene distinguir tres grandes sistemas de memoria (donde «memoria» denota procesos que discurren comparativamente con más lentitud). El primer sistema es el de la memoria de largo plazo cognitiva, que contiene no sólo información lingüística sino también imágenes, sonidos, el recuerdo de sentimientos, etc. (Sería atinado subdividirla en modalidades de información del hemisferio cerebral derecho y del izquierdo, pero nos abstendremos de hacerlo en el marco de este libro.) Muchas orientaciones terapéuticas otorgan realce al «diálogo interior» (cf., p.ej., Ellis, capítulo 11, o Berne, capítulo 7; pero ya lo habían hecho Jung y Adler, aquí expuesto sobre todo según la elaboración que de sus ideas ha hecho Titze, o también Mead y los partidarios del «interaccionismo simbólico», véase infra). Este garantiza la estabilización de la realidad (incluidos, p.ej., sus valores y normas) en la forma de un diálogo interior permanente (no necesariamente verbal). Desde el punto de vista adoptado aquí, esto no significa lino que contenidos de la LTM son convocados de continuo al PIC, influyen sobre el procesamiento operado por este (en particular también sobre los pensamientos) y velan por la búsqueda de contenidos asociativos, que a su vez tienen después el mismo efecto.

En comparación con esta memoria, a cuyos contenidos el PIC puede recurrir de manera directa, los otros dos sistemas se diferencian por el hecho de que su información llega al PIC pasando por los receptores y la memoria de estímulos: las memorias «internas» de largo plazo contienen información en la forma de parámetros corporales (tensiones corporales, posturas, presión sanguínea, etc.); las memorias «externas» contienen información en la forma de manifestaciones materiales, sociales y simbólicas.

En lo que atañe al cuerpo, Reich y, tras sus huellas, Lowen y otros terapeutas del cuerpo, han destacado la importancia de las posturas o las tensiones musculares como memoria de experiencias adquiridas. Un niño que se tiene que sofocar en la expresión de sus sentimientos -duelo, dolor, desesperación-, experimenta muy pronto que puede controlar y gobernar estos sentimientos reduciendo y haciendo superficial la actividad respiratoria. Se le volverá un hábito la respiración superficial característica, mientras que desarrollará y mantendrá en tensión crónica aquellos músculos del pecho que reducen la respiración y de esa forma evitan exteriorizaciones demasiado violentas de sentimientos. De esta manera se manifiesta corporalmente determinada estrategia de defensa o de dominio, y esta manifestación, o sea, la contracción muscular, vela a su vez por la continuidad de esas modalidades de vivencia y de conducta: la coraza muscular impide respirar más hondo y admitir sentimientos como el duelo, el dolor y la desesperación. He ahí un ejemplo del modo en que a través de parámetros corporales una experiencia anterior puede codeterminar durante mucho tiempo, de manera inmediata, la vivencia en el ahora (y también en este caso, en buena medida, sin que esto se haga conciente).

Otros aspectos corporales se ligan estrechamente con estas posturas. Modos, de vida anteriores (p.ej., abuso de alcohol o de drogas), el estilo de afrontar los problemas (p.ej., las enfermedades psicosomáticas), etc., se han manifestado en el cuerpo, fueron estímulos intracorporales en el «ahora» y a su vez influyeron sobre el PIC a través de exteroceptores, propioceptores y la VSTM. Esto se produce tanto a través de los contenidos («¡maldición, me duele el estómago otra vez, tengo que irritarme menos») como de las pautas de procesamiento

y de recolección de informaciones (una sensación no conciente en el estómago puede hacer que el PIC eche mano de unos contenidos muy bien determinados -asociaciones- de la LTM cognitiva, que entonces se vuelven concientes; o puede realzar en el campo visual otros estímulos, p.ej., «comer», o procesarlos de determinada manera). Otro aspecto del cuerpo, destacado también por Reich y los partidarios de la terapia corporal, es la economía energética, perspectiva esta que en el presente contexto ya no elucidaremos.

Más inclusivas que las memorias corporales son las memorias «externas», que además contienen mucha información que nosotros no hemos producido en tanto individuos: los estímulos que fluyen a través de los exteroceptores hacia las memorias de estímulos y se ponen a disposición del PIC son en buena parte artificiales, creados por el hombre. Miremos en derredor: los signos contenidos en este libro, el libro mismo, la mesa, la habitación, la casa; miremos por la ventana hacia la calle, otras casas, automóviles, árboles plantados, agucemos el oído y escuchemos una radio, un televisor encendido en alguna parte, murmullo de voces, los ruidos del tránsito, los motores de un avión que surca el cielo; he ahí otros tantos estímulos que en el «ahora» afluyen al organismo: son el resultado de una experiencia social acumulada y que tiene manifestación material. Si reflexionamos en las cosas importantes que hemos hecho en los últimos días, p.ej., preparar trabajos, encontrarnos con colegas y amigos, dedicarnos a la familia, leer y escuchar cosas interesantes, ver televisión y hacer llamados telefónicos, también estos procesos guardan relación directa con una experiencia social acumulada que, en este caso, no se manifiesta materialmente sino en estructuras sociales: trabajo, amigos, familia, etc., contienen relaciones sociales, es decir, roles cuyas estructuras son corroboradas por los otros en sus acciones. Está claro que cada uno se conduce de manera diferente como padre de familia, como amigo o como colega de trabajo, y es de continuo corroborado en la conducta «correcta» en cada caso. Cuando me dirijo al empleado de informes de la estación ferroviaria sé que no me referirá nada sobre sus hijos ni me cantará una canción, y él sabe que yo lo sé. Su conducta se gobernará por lo que puede esperar que yo espere de él. Y estas recíprocas expectativas de expectativa (y sus corroboraciones) son los elementos de construcción que los sociólogos han erigido en los fundamentos de las relaciones sociales, de las instituciones y, en definitiva, de las sociedades.

No pocos especialistas en ciencias sociales, sobre todo los partidarios del «interaccionismo simbólico» inspirado en G. H. Mead, ven incluso en los roles sociales la base de la conciencia reflexiva (como lo señalamos ya al comienzo del capítulo 10): el recién nacido actúa y reacciona todavía sobre la base de estímulos interiores y exteriores naturales; es cierto que su conducta (p.ej., el llanto) puede ser reforzada por medio de recompensas; no obstante, suponemos que no es conciente de sus reacciones y gestos (como no lo son los animales: las abejas, p.ej., pueden transmitir a otros miembros de su especie una información compleja pero, hasta donde sabemos, no son concientes de ello; al menos nunca hemos visto hasta hoy a una abeja que «engañara» a las demás, les transmitiera información falsa). Dos años después el niño puede jugar a «mamá y el nene» con un muñeco y asignar a este su propio papel. Puede penetrar con sentido una parte de su papel, es decir, mirarse a sí mismo desde la posición del otro (en este caso, la madre). También puede tener expectativas sobre las (o sobre algunas) expectativas que la madre le dirige. Posee conciencia reflexiva de sí mismo (al menos un poco), puede introducir adrede gestos (o sea que sabe lo que hace, conoce el modo en que otros reaccionan a ello y la influencia que él tiene sobre estos). Por la adopción de otras perspectivas y su generalización nace el llamado «otro generalizado», que en definitiva encarna las normas y valores de la sociedad.

Es evidente que la educación y la socialización persiguen sobre todo el fin de transmitir a la nueva generación el sentido de los productos materiales, sociales y simbólicos del desarrollo social, que la generación anterior había aprendido. Estas estructuras comunes de sentido, que se aplican a la decodificación de estímulos y a las modalidades de la conducta, son aprendidas; y por medio de sanciones se evita toda desviación sustancial respecto de ellas: una estilográfica no es un proyectil sino que sirve para escribir con ella, no hay que defraudar a los amigos, el obrero hará lo que se le exige y se atenderá a las pausas establecidas, semáforos y señales de tránsito están para ser respetados, etc. Y dentro de este marco de estructuras universales de sentido, que es corroborado de manera ininterrumpida -también «ahora»- por todos los miembros de la sociedad, cada uno instala su memoria personal «externa» de largo plazo; tiene en derredor sus apuntes, su casa y su hogar, su familia, sus hábitos de comunicación, sus experiencias que se han vuelto manifiestas: en lo material, un cuadro colgado en la pared, que le recuerda a sus vacaciones, o en lo simbólico/social, un «¡olé!» acentuado de cierta manera que trae al PIC de marido y mujer el recuerdo de cierta vivencia del tiempo de las vacaciones.

A través justamente de las memorias «externas» ejercen su acción eficaz en el «ahora» vivencias y decisiones del pasado, sobre el fondo de estructuras sociales de valor y de sentido, y de variantes y diferenciaciones subsociales (p.ej., familiares): la profesión escogida, la forma de vida, esposa, hijos, amigos, los bienes materiales, las expectativas que se han tenido frente al ambiente y de hecho se han cumplido, todo ello nos sale al paso de continuo en el «ahora». Y a menudo hacen falta esfuerzos casi imposibles para no quedar petrificado dentro de la red de las obligaciones materiales que uno mismo ha contribuido a crear, de las expectativas sociales, las estructuras de comunicación, etc., que de continuo -es decir «ahora»- afluyen sobre uno (y que, a la inversa, uno envía permanentemente a sus compañeros sociales). (Esto nos sugiere las dificultades con que ha de tropezar una

terapia individual, que debe producir una modificación contrariando justamente esa red total que da sustento a la continuidad y estabilidad de lo que existe. Pero pone en evidencia también la miopía de muchos abordajes terapéuticos -p.ej., la terapia racional-emotiva- que sitúan los enunciados cognitivos y «sistemas de creencias» como individuales e «irracionales» y pasan por alto su racionalidad y su estabilidad dentro de la red social.)

Desde luego que los tres sistemas de memorias -el neuronal (memoria), el interno (cuerpo) y el externo (manifestaciones materiales, sociales y simbólicas)- operan conjugados: el anillo matrimonial que llevo en el dedo es un elemento de la memoria externa y una manifestación material; su contenido simbólico de «anillo matrimonial» y la referencia al vínculo social con mi esposa, mi pertenencia a la institución social «matrimonio» y mi rol de esposo, se vuelven perceptibles de manera inmediata para los demás (en esta sociedad), y es ese justamente el sentido del anillo. Esto presupone al mismo tiempo que en mi memoria se contienen los conceptos de «anillo», «matrimonio», «esposa», así como sus significados y relaciones recíprocas (de lo contrario me asombraría de esa cosa cómica que llevo en mi dedo y que miro «ahora»). De la misma manera tengo que guardar el conocimiento de que otros en mi cultura tienen ese conocimiento (porque de lo contrario el anillo perdería su sentido demostrativo). Además, una erupción cutánea en el anular de la mano derecha, producida por conflictos interiores y/o exteriores, puede tener relación con el anillo y su contenido simbólico: es una manifestación en la memoria «cuerpo». Pero con esto en modo alguno se agota la compleja interrelación: la percepción y la interpretación del anillo, de la erupción cutánea, etc., por mi esposa, y la realimentación que ella me envía desempeñan un papel, lo mismo que mis expectativas acerca de las ideas y reacciones de ella, etc. Esto pone de manifiesto que toda intervención terapéutica supone una reducción, se trate de aplicar una pomada a mi piel, de elaborar mis conflictos interiores, de modificar en el sistema cognitivo «recordación» el significado de «matrimonio, así como mis representaciones valorativas, de emprender un entrenamiento de conducta o de comunicación entre cónyuges, etc. Toda intervención abarca un solo aspecto, o unos pocos aspectos, de los nexos señalados y, a la inversa, si es lograda, no sólo modifica el punto abordado por ella localmente sino también, en mayor o menor medida, otros aspectos enlazados.

En vista de lo expuesto no hace falta demostrar en detalle que la primera infancia tiene una significación particular: es cierto que el ser humano al nacer no es una tabula rasa, pero muchas investigaciones muestran que son innatas unas capacidades universales que en la confrontación con el ambiente y sus demandas de rendimientos específicos ganan o pierden en universalidad (p.ej., el recién nacido normal en principio es capaz de aprender cualquier lengua, pero pronto se especializa en su «lengua materna»). Unos principios innatos de estructuración, junto a diferenciaciones figura-fondo, a la capacidad de aprender y de producir nexos causales sociales y temporales (o sea, «sentido»), tal vez constituyan el «inconciente colectivo» de C. G. Jung (cf. el capítulo 4, 3). Ahora bien, sobre la base de capacidades innatas para la estructuración y para la configuración de memorias se recogen en la primera infancia los primeros «contenidos». Estos contenidos contribuyen a la selección de contenidos nuevos y a diferenciar los principios de búsqueda y procesamiento del PIC. Se generan no sólo la conciencia reflexiva, el «otro generalizado» (con las normas y valores de la sociedad y los de subsistemas específicos como «familia» y «estrato social»), determinadas posturas corporales y hábitos de comunicación, sino también los principios básicos para procesar estímulos, preferir determinadas modalidades perceptivas, buscar contenidos mnémicos, etc. Muchos experimentos muestran el constreñimiento subjetivo por el cual el PIC tiene que construir, p.ej., «estructuras de sentido» en su actividad de procesamiento; un rayo de luz que se mueve al azar se percibirá según una pauta figural o se atribuirá una ley a una serie de estímulos que en verdad son azarosos.

La noción de «sentido» y el valor patógeno de su estructuración perturbada se reencuentran de manera implícita o explícita en muchas corrientes terapéuticas. En el caso del «doble vínculo» y de las paradojas comunicativas (cf. el capítulo 17, 3), p.ej., no es posible una estructuración del sentido porque los mensajes se contradicen desde el punto de vista lógico o porque el sentido acorde con una definición relacional no es corroborado por el compañero (la madre). Si el PIC, en su forzoso intento de estructuración de sentido, fracasa a causa de lo contradictorio de la información, esto explica bien determinadas conductas del esquizofrénico: el típico retraimiento de la estimulación comunicativa (información proveniente de las memorias externas) y/o de la lucha de poder en torno de la definición relacional (tal como la ha descrito Haley, p.ej.), o sea, la lucha por imponer las propias estructuras de sentido. También armoniza con esto la «neurosis noógena» de Frankl (cf. el capítulo 15, 1.2), el sufrimiento por ausencia de sentido: se trata aquí menos de lo directamente ilógico o contradictorio de las estructuras de estímulo que de una falta de pautas de sentido previamente estructuradas con arreglo a las cuales -según lo acabamos de exponer- se pudiera constituir un mundo de vida estructurado, provisto de sentido histórico, proyectado al futuro (y al pasado, llegado el caso); por eso el «ahora» (dentro del cual se piensa en aquel futuro) aparece sin sentido. Inversamente, nociones como las de estilo de vida y de plan de vida, de Adler (cf. el capítulo 3, 2); de «guión», de Berne (cf. el capítulo 7, 4); o también de «delegación», en terapia familiar (cf. el capítulo 19, 2), tematizan esta estructuración biográfica del sentido que en el caso patológico perjudica, a causa de una temprana adopción (no asimilada, véase infra) de afuera o de su ligazón con contenidos

disfuncionales, el procesamiento acorde con la situación dentro del PIC (es la «apercpción tendenciosa» de Adler).

Incluso nociones de la psicología profunda y de la terapia guesáltica como «introyección» o «proyección» contienen el momento de la estructuración de sentido: las introyecciones serían estructuras de sentido memorizadas, adoptadas desde afuera, pero que no se han integrado a las estructuras de sentido propias (o sea, no han sido «asimiladas») y por eso pueden producir en el PIC contradicciones en el procesamiento. En cambio, las proyecciones, consistirían en un desmedido centramiento en las propias estructuras de sentido (idiosincráticas), que se sobrepondrían al procesamiento de la información externa.

Para esquematizar la patogénesis, tomemos el caso de un niño que en una fase temprana de su desarrollo ha producido ciertos conflictos en relación con el entrenamiento para la limpieza (lo que tendencialmente refleja una exa0erada insistencia en el poder, el orden, la corporeidad, la sexualidad, etc., por parte de la generación anterior). Diversas impresiones verbales y no verbales permanecen guardadas en la memoria. Como el niño una y otra vez se confronta con ellas, son recogidas de continuo en el PIC, son procesadas y depositadas en nuevas variantes y asociaciones. Sobre la base de los mecanismos innatos de estructuración de que antes hablamos, se constituyen diferenciaciones, referidas a los estímulos y al ambiente, de estructuras de sentido que se vuelven decisivas en cuanto a la modalidad del ulterior procesamiento de la información. (Recordemos aquí, p.ej., la concepción de los sistemas de referencia primario y secundario, cf. el capítulo 3, 3.) Al mismo tiempo, ciertas reacciones musculares, que pueden ser defensas frente a los sentimientos, reacciones de angustia, etc., conducen a determinadas manifestaciones corporales. (Ya Reich explicó el nexo entre las posturas defensivas cognitivas y las corporales, y también sus interdependencias con las circunstancias sociales; cf. el capítulo 5.) En el «otro generalizado» se incluyen en particular normas y valores referidos a poder/orden/limpieza (sin duda actualizadas también por los padres más allá de la educación para la limpieza). Además, el contorno material y social en la casa paterna será el correspondiente, y el niño aprenderá a disponer en armonía con ello sus memorias «externas»: «es preciso que todo esté bien ordenado», etc. En caso de que a esto se sume después el conflicto directo, el PIC encontrará de preferencia, en los tres sistemas de memoria, información y estímulos que se entranan, y procesará esta información con arreglo a las estructuras de sentido diferenciadas de manera específica.

El proceso patológico puede ser considerado también desde la perspectiva antes expuesta del proceso de transformación de «percepciones» en «acciones». Esto sobre todo desde el supuesto, en que insisten diversas corrientes terapéuticas, de que ese proceso (el «flujo del vivenciar», la «percatación», entre otros) está perturbado. No hace falta gran imaginación para figurarse lo que puede ocurrirle a un organismo en el que la corriente de «impresiones» y de «expresiones» es perturbada crónicamente; de manera que segmentos de expresión tienen que ser retenidos de continuo.

Por una parte, del lado de la expresión, que en el niño se produce con intensa participación de la musculatura, se desarrollarán tensiones crónicas y, por último, una «coraza muscular», tal como lo expusimos en un ejemplo precedente con respecto a la musculatura respiratoria, en el empeño de retener la expresión directa.

Por otra parte, se procurará esquivar las impresiones correspondientes, o sea, limitar la percepción de ellas, para lo cual existen varias posibilidades:

1. reducir el campo de movimientos, físico y/o social;
2. oponer una defensa a las comunicaciones aferentes con la mayor anticipación posible («defensa de percepción»);
3. modificar el «sentido»: las comunicaciones aferentes problemáticas pueden ser coordinadas con unas comunicaciones eferentes, equilibrando de esta manera el -antes mencionado- flujo comunicativo; es indudable que en tal caso (visto desde afuera) la expresión ya no será adecuada a la impresión, las acciones/reacciones parecerán (!) carentes de sentido, no obstante lo cual un analista diría que el sentido se exterioriza justamente en el síntoma;
4. otra variante sería una división más tajante de la trama de PIC y conciencia: si el proceso del «pensamiento» se desacopla parcialmente del proceso de transformación, de manera automática una parte de la responsabilidad/decisión, que es preciso atribuir a la conciencia reflexiva, desaparecerá (al menos para el sí mismo); esto traerá por resultado el conocido síntoma de una persona que fundamenta sus acciones («prohibidas») diciendo «No era yo mismo».

Tras un desarrollo «consecuente» se descubrirá entonces, aun muchos años después de aquel conflicto, una red compleja de fenómenos de los cuales distintas corrientes terapéuticas tematizarán determinadas perspectivas: el analista transaccional descubrirá pautas de transacción; el terapeuta de parejas, una típica elección de pareja analcolusiva, mientras que el terapeuta familiar descubrirá en la familia recién fundada ciertas pautas de comunicación y estructuras de interacción. Si investiga el «sistema de creencias» y los enunciados cognitivos, el partidario de la terapia racional-emotiva encontrará que ciertos enunciados «tener que» (normas) desempeñan un

papel importante: el «diálogo interior» -el perpetuo recurso del PIC a la «recordación- gira en círculo en torno de los temas correspondientes (aquella contiene una enorme cantidad de asociaciones entramadas, y el cuerpo y el contorno social brindan de continuo los estímulos correspondientes); y de igual modo, el terapeuta individual descubrirá que muchas acciones de la persona son como la expresión de una determinada meta vital destinada a la realización de un plan de vida. El entrelazamiento de enunciados típicos, sintaxis, forma de hablar, presentación personal, actitudes personales, aspectos de la vivencia de sí, etc., es justamente lo que en su momento comprendió de la manera más abarcadora Satir con la llamada «pauta de comunicación» (cf. el capítulo 19, 3.2).

Desde luego que los desarrollos reales no se producirá-. «en línea recta» como en nuestro ejemplo: existen incontables estaciones en que una tendencia se puede debilitar o reforzar, qobre todo por el influjo del mundo exterior sobre las memorias (muerte de un familiar, pérdida del lugar de trabajo, encuentre con un compañero bienhechor). En el cliente que demanda terapia, es evidente que ciertas tendencias se han manifestado con tanta intensidad que él sufre en su mundo de vida y no se puede librar por sí mismo de ese sufrimiento (es decir que considera insuficiente su propia capacidad de cambio). Con arreglo a las perspectivas expuestas, existen diversos abordajes desde los cuales emprender acciones terapéuticas. Es claro que estas se pueden reconstruir y analizar en cuanto a significado en el marco de la concepción que acabamos de esbozar en este capítulo, pero para demostrarlo haría falta una exposición mucho más circunstanciada.

Las intervenciones concretas con arreglo a las diversas orientaciones se expusieron en los capítulos anteriores. En este capítulo se averiguó que toda modificación, cualquiera que sea el plano en que se intervenga, no podrá menos que producir alteraciones en el interior de la red total, si es lograda; es decir, producirá cambios también en los planos que no fueron tematizados de manera explícita por la corriente terapéutica en cuestión. Puesto que en cada uno de esos planos, según lo hemos mostrado, la realimentación sistémica entre las memorias de información y el PIC contrarresta todo cambio -«coraza corporal», enunciados cognitivos, estructuras de sentido y sistemas de referencia, pautas de transacción, coaliciones familiares, etc.-, existe el peligro de que una terapia fracase tanto más fácilmente cuanto menor sea la cantidad de aspectos de esa red que ella tome en cuenta.

## Bibliografía comentada

### Panoramas de conjunto

Corsini, R. J., ed. (1983), Handbuch der Psychotherapie, Weinheim: Beltz, 2 vols.

A lo largo de más de mil quinientas páginas se exponen setenta corrientes de psicoterapia, entre ellas algunas «exóticas», muy poco conocidas (en cambio, no son mencionados, p.ej., Jung y Frankl). Pero es una obra de consulta muy informativa.

Petzold, H., ed. (1984), Wege zum Menschen, Paderborn: Junfermann, 2 vols.

En unas mil doscientas páginas, se exponen trece corrientes terapéuticas humanistas y de psicología profunda; la organización de los distintos aportes se ha hecho con las usuales ventajas y desventajas (cf. el «Prólogo» de este libro).

Revenstorf, D. (1982-1983), Psychotherapeutische Verfahren, Stuttgart: Kohlhammer, 3 vols.

Terapias de psicología profunda (vol. I), terapias de la conducta (vol. II) y terapias humanistas (vol. III) se reseñan en unas quinientas páginas. Un volumen IV (sobre terapias sistémicas) está previsto para 1985. En su concepción, es comparable con la presente obra, pero la acentuación es diferente.

### 1. Abordajes de psicología profunda

#### a) En general

Eicke, D., ed. (1982), Tiefenpsychologie, Weinheim: Beltz, 4 vols.

Es edición separada que se tomó de Kindler, Psychologie des 20. Jahrhunderts; en unas dos mil quinientas páginas bien escritas se incluyen trabajos informativos sobre la vida y obra de Freud (vol. I), sobre los nuevos caminos del psicoanálisis y el movimiento psicoanalítico en los diversos países (vol. II), sobre Adler y Jung y una breve reseña de corrientes inspiradas en ellos (vol. III) y sobre los demás «discípulos» importantes de Freud (vol. IV).

Wyss, D. (1966), Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart, Gotinga: Vandenhoeck y Ruprecht.

Otro «clásico» digno de ser consultado; conciso, claro, expone en visión panorámica las ideas de Freud, de sus discípulos y el desarrollo ulterior de la psicología profunda.

Petzold, H., ed. (1977), Die neuen Körpertherapien, Paderborn: Junfermann.

Buena selección de ensayos sobre abordajes reichianos y neoreichianos, terapia gestáltica y otras terapias centradas en el cuerpo.

#### b) Psicoanálisis

Freud, S. (1894-1960), Gesammelte Werke, Francfort: Fischer (contiene todas las obras citadas en nuestro texto).

Laplanche, J. y J.-B. Pontalis (1972), Das Vokabular der Psychoanalyse, Francfort: Suhrkamp, 2 vols.

Definiciones sucintas de los conceptos centrales del psicoanálisis, cuya génesis y cuyo significado (sujeto a variaciones en muchos casos) se elucidan y documentan.

#### c) Psicología individual

Adler, A., Werkausgabe, Francfort: Fischer (contiene todas las obras importantes de Adler).

Jakoby, H. (1983), Alfred Adlers Individualpsychologie und dialektische Charakterkunde, Francfort: Fischer.

Es una introducción breve y bien ordenada a la obra de Adler.

Titze, M. (1979), Lebensziel und Lebensstil. Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler, Munich: Pfeiffer.

Introducción fundamentada, imaginativa y bien escrita a concepciones centrales de la obra de Adler y a su transformación en el contexto de la psicoterapia moderna.

#### d) Psicología analítica

Jung, C. G., Gesammelte Werke, Olten: Walter, 18 vols.

Jung, C. G. et al. (1979), Der Mensch und seine Symbole, Olten: Walter. Edición generosamente ilustrada de una obra en la que Jung colaboró poco antes de su muerte y que contiene sus postreros puntos de vista.

Jacobi, J. (1978), Die Psychologie von C. G. Jung, Francfort: Fischer. Es una clara introducción al conjunto de la obra de Jung, autorizada por este mismo; apareció en 1940 y después ha sido actualizada en varias ocasiones.

#### e) Vegetoterapia

Reich, W. (1970), *Charakteranalyse*, Francfort: Fischer.

Obra clásica, apreciada incluso por los enemigos de Reich, en la que se exponen las pautas de resistencia características.

Reich, W. (1972-1976), *Die E'ntaleckung des Orgons HI*, Francfort: Fischer. Reich ofrece aquí un panorama autobiográfico del conjunto de su obra (el vol. I llega hasta la elaboración de la vegetoterapia; el vol. II trata de la energía del orgón).

Boadella, D. (1983), *Wilhelm Reich*, Francfort: Fischer.

Es un bien escrito panorama de la obra de Reich y su desarrollo (se basa sobre todo en los dos volúmenes de este, que acabamos de citar).

#### J) Bioenergética

Lowen, A. (1979), *Bioenergetik*, Reinbek: Rowohlt.

Introducción a las nociones básicas de la bioenergética, incluidos los tipos de carácter (comprende una breve autobiografía).

Lowen, A. y L. Lowen (1979), *Bioerwrgetik für,jeden*, Gauting: Kirchheim.

Indicaciones prácticas para realizar ejercicios bioenergéticos; es un bienvenido enriquecimiento de las elucidaciones teóricas.

#### g) Análisis transaccional

Harris, T. A. (1975), *Ich bin o. k. Du bist o. k.*, Reinbek: Rowohlt.

Exposición muy popular de aspectos centrales del análisis transaccional.

Berne, E. (1969), *Spiele der Erwachsenen*, Reinbek: Rowohlt.

Es también una descripción muy popular del análisis de los juegos, y contiene la exposición original de muchos juegos típicos.

#### II. Abordajes de terapia de la conducta

##### a) En general

Schorr, A. (1984), *Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart*, Weinheim: Beltz.

Exposición histórica, abundantemente ilustrada, de la terapia de la conducta.

Fliegel, S., W. M. Groeger, R. Kunzel, D. Schulte y H. Sorgatz (1981), *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*, Munich: Urban & Schwarzenberg.

Bien elaborado panorama de los abordajes contemporáneos más importantes; ejemplos de casos y ejercicios le dan un sesgo práctico.

Kanfer, F. H. y A. P. Goldstein, eds. (1979), *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*, Munich: Urban & Schwarzenberg.

Es un manual «clásico» de terapia de la conducta; trata desde la reducción de la angustia y los métodos aversivos, pasando por los abordajes cognitivos, hasta llegar a los métodos grupales.

##### b) Abordajes cognitivos

Beck, A. T., J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery (1981), *Kognitive Therapie der Depression*, Munich: Urban & Schwarzenberg.

Mahoney, M. J. (1977), *Kognitive Verhaltenstherapie*, Munich: Pfeiffer.

Meichenbaum, D. H. (1979), *Kognitive Verhaltensmodifikation*, Munich: Urban & Schwarzenberg.

Otras tantas obras centrales, claras e informativas, de los tres principales representantes de la terapia cognitiva de la conducta.

##### c) Terapia racional-emotiva

Ellis, A. (1962-1977), *Die rationale-emotive Therapie*, Munich: Pfeiffer. Es la introducción «clásica» de Ellis a los principios y la filosofía de la terapia racional-emotiva (una compilación de artículos de fácil lectura).

Ellis, A. y R. Grieger, eds. (1979), *Praxis der rational-emotivegr Therapie*, Munich: Urban & Schwarzenberg.

Son veintinueve ensayos en los que se elucidan los principios de la terapia racional-emotiva junto con campos especiales de aplicación (incluye cuatro ensayos sobre terapia de niños).

#### III. Abordajes humanistas

##### a) En general

Vólker, U., ed. (1980), *Humanistische Psychologie*, Weinheim: Beltz. En diecisiete ensayos de autores de lengua alemana se exponen los principios, los métodos de investigación y las orientaciones prácticas de la psicología humanista; es una buena base para comprender los abordajes terapéuticos.

Walter, H. J. (1977), *Gestalttheorie und Psychotherapie*, Darmstadt: Steinkopff.

Exposición muy documentada (pero también muy exigente) de los nexos entre la teoría y la terapia gestálticas, con discusión de las perspectivas fundamentales de la terapia humanista.

#### b) Terapia gestáltica

Poister, E. y M. Polster (1975), *Gestalttherapie*, Munich: Kindler.

Exposición fundada, muy legible, de los conceptos centrales de la terapia gestáltica; los autores han alcanzado renombre en Alemania.

Perls, F. S. (1978), *Das Ich, der Hunger und die Aggression*, Stuttgart: Klett.

Perls, F. S., R. F. Hefferline y P. Goodman (1979), *Gestalt-Therapie*, Stuttgart: Klett.

Dos ««clásicos»» de la terapia gestáltica (las primeras ediciones son de 1944 y de 1951, respectivamente).

Perls, F. S. (1976), *Grundlagen der Gestalttherapie*, Munich: Pfeiffer. La primera parte contiene un panorama muy conciso de la concepción básica del «último» Perls (según un manuscrito de 1969); la segunda parte ilustra esas ideas por medio de protocolos de sesiones.

#### e) Psicoterapia de diálogo

Rogers, C. R. (1973), *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart: Klett.

Rogers, C. R. (1978), *Die Kraft des Guten*, Munich: Kindler.

Rogers, C. R. (1981), *Der neue Mensch*, Stuttgart: Klett.

Tres obras centrales en las que Rogers expone su cosmovisión y los fundamentos de su concepción terapéutica; para el interesado en los aspectos «técnicos» en sentido estricto, se recomienda el siguiente ««clásico»» (cuya primera publicación es de 1951):

Rogers, C. R. (1983), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Frankfurt: Fischer.

Bommert, H. (1977), *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.

Tausch, R. y A. Tausch (1979), *Gesprächspsychotherapie*, Gotinga: Hogrefe (séptima edición).

Dos manuales informativos acerca de la psicoterapia de diálogo (el de Tausch y Tausch, en esta nueva edición, pone el acento en los grupos y en los principios básicos humanistas).

Biermann-Ratjen, E.-M. et al. (1979), *Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.

Es una muy recomendable reinterpretación, centrada en las ideas básicas humanistas de Rogers, de la acción de la terapia de diálogo, sobre todo como cambio por medio de la comprensión» (es el subtítulo de la obra).

Bommert, H. y H.-D. Dahlhoff, eds. (1978), *Das Selbsterleben (Erfahrungen) in der Psychotherapie*, Munich: Urban & Schwarzenberg.

Franke, A. (1978), *Klienten-zentrierte Gruppenspsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.

Howe, J., ed. (1982), *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*, Weinheim: Beltz.

Tres obras en las que se amplía en diversas direcciones la concepción originaria de la terapia de diálogo. Respecto del problema de la indicación, es recomendable:

Zielke, M. (1979), *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.

#### d) Logoterapia

Frankl, V. E. (1973), *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*, Friburgo: Herder.

Frankl, V. E. (1981), *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, Munich: Piper. Dos obras introductorias centrales de Frankl, en las que se elucidan las nociones básicas; para una mayor insistencia en las intervenciones concretas, con ejemplos de casos, se puede consultar:

Frankl, V. E. (1982), *Der Wille zum Sinn*, Berna: Huber (es la tercera edición).

#### e) Psicodrama

Moreno, J. L. (1959), *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einleitung in die Theorie und Praxis*, Stuttgart: Thieme.

En lengua alemana, este es el clásico de Moreno sobre el psicodrama. Leutz, G. A. (1974), *Psychodrama. Das klassische Psychodrama nach J. L. Moreno. Theorie und Praxis*, Heidelberg: Springer.

Petzold, H. (1978), *Angewandtes Psychodrama*, Paderborn: Junfermann.

Yablonsky, L. (1978), *Psychodrama. Die Lösung emotionaler Probleme durch das Rollenspiel*, Stuttgart: Klett-Cotta.

Tres manuales informativos sobre el psicodrama, con ejes expositivos diferentes.

### IV. Abordajes sistémicos

#### a) En general

Nichols, P. M. (1984), *Family therapy. Concepts and methods*, Nueva York: Gardner Press.

Estructurado de manera muy clara, se presta mucho para comparar los diferentes abordajes porque los diversos capítulos presentan una misma organización bien escogida.

Gurman, A. S. y D. P. Kniskern, eds. (1981), *Handbook of family therapy*, Nueva York: Brunner/Mazel.

Veinte ensayos originales de diversos «pioneros» de la terapia familiar; es una obra muy informativa en el detalle pero en el conjunto no está estructurada de manera tan clara como la de Nichols.

Schlippe, A. v. (1984), *Familientherapie im Ueberblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten*, Paderborn: Junfermann.

Es una introducción breve, meritoria, bien escrita, que proporciona además una buena orientación sobre el pensamiento sistémico y el contexto de la terapia familiar. El acento recae sobre la terapia familiar de orientación estructural y evolutiva (Minuchin, Satir).

Hoffman, L. (1982), *Grundlagen der Familientherapie. Konzepte für die Entwicklung von Systemen*, Hamburgo: Isko Press.

Buena y amplia introducción a la terapia familiar, con particular insistencia en la historia de su desarrollo y en los conceptos básicos del abordaje estratégico del grupo de Palo Alto (incluidos los puntos de vista de Bateson) y de la escuela de Milán.

Schneider, K., ed. (1983), *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*, Paderborn: Junfermann.

Compilación de ensayos en los que se intenta desarrollar modalidades de terapia familiar a partir de los diversos abordajes de terapia individual; es útil para aclarar los conceptos de terapia familiar en relación con los de terapia individual.

Simon, F. B. y H. Stierlin (1984), *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular*, Stuttgart: Klett-Cotta.

Es un diccionario (dedica de una a (los páginas a cada entrada) sobre los conceptos fundamentales de la terapia familiar.

#### b) Abordaje de teoría de la comunicación

Watzlawick, P., J. H. Beavin y D. D. Jackson (1969), *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*, Berna: Huber.

Obra central del grupo de Palo Alto (último período), cuyos resultados invocan prácticamente todos los abordajes sistémicos. Contiene entre otras cosas los axiomas pragmáticos de la comunicación humana y la teoría del doble vínculo.

Watzlawick, P., J. H. Weakland y R. Fisch (1974), *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*, Berna: Huber.

«Continuación» de la obra mencionada antes; está más orientada a la práctica y contiene muchos ejemplos (con elucidación teórica) de intervenciones paradójicas («soluciones de orden segundo»).

#### c) Terapia de pareja

Willi, J. (1975), *Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Analyse des unbeurteilten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: Das Kollisionskonzept*, Reinbek: Rowohlt.

Es una clara exposición del abordaje psicoanalítico de Willi (lo declara el subtítulo: «Análisis de la interacción inconsciente en la elección y el conflicto de pareja: el concepto de colusión»).

Willi, J. (1978), *Therapie der Zweierbeziehung. Analytisch orientierte Paartherapie, Anordnung des Kollisionskonzepts, Herstellung der therapeutischen Dreiecksbeziehung*, Reinbek: Rowohlt.

También en este caso lo dice todo el subtítulo: *Terapia de pareja de orientación analítica, aplicación del concepto de colusión, manejo de la relación triangular terapéutica»*.

#### d) Abordajes psicodinámicos

Richter, H.-E. (1969), *Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie*, Reinbek: Rowohlt.

Es una obra clásica (la primera publicación es de 1963) de la terapia familiar analítica en lengua alemana. El concepto eje es la delegación de necesidades narcisistas de los padres en el hijo.

Richter, H. E. (1972), *Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie*, Reinbek: Rowohlt.

Expone nociones y ejemplos de esclarecimiento por medio de terapia familiar y de tratamiento de neurosis; el subtítulo es descriptivo: «Génesis, estructura y terapia de conflictos en el matrimonio y la familia».

Stierlin, H. et al. (1977), *Das erste Familiengespräch*, Stuttgart: KlettCotta.

Buena introducción de las ideas y las perspectivas prácticas del abordaje de Stierlin.

Stierlin, H. (1978), *Die Familie, Frankfurt: Suhrkamp*.

Compilación de ensayos de Stierlin, en los que se expone la «concepción de la dinámica familiar de Heidelberg»; los trabajos finales extienden las nociones a aspectos de la vida social.

Wirsching, M. y H. Stierlin (1982), *Krankheit und Familie*, Stuttgart: KlettCotta.

Nociones y aplicación (incluye ejemplos de casos) de la terapia familiar a «enfermedades» psicósomáticas.

#### e) Abordajes centrados en la experiencia

Kempler, W. (1975), *Grundzüge der Gestalt-Familientherapie*, Stuttgart:

Klett.

Introducción sumaria pero clara de la teoría y la práctica del abordaje (de Kempler).

Napier, A. Y. y C. A. Whitaker (1978), *Tatort Familie. Beispiel einer erfolgreichen Familientherapie*, Düsseldorf: Diederichs. [Traducción castellana, *El crisol de la familia*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1982.1

Exposición de casos e introducción a las nociones de la terapia familiar según Whitaker; es de fácil lectura (incluso para legos).

Satir, V. (1973), *Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie*, Friburgo i. Br.: Lambertus.

Se exponen las ideas básicas de Satir; la obra está muy bien organizada, incluye ejemplos y tiene orientación práctica.

Satir, V. (1975), *Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe*, Munich: Pfeiffer.

Introducción muy plástica a las ideas básicas de Satir (contiene además la exposición de las formas de comunicación»).

Luthman, S. G. y M. Kirschenbaum (1977), *Familiensysteme. Wachstum und Störungen. Einführung in die Familientherapie*, Munich: Pfeiffer.

Estos dos discípulos de Satir ofrecen una exposición muy clara de la teoría y práctica de la terapia familiar según la concepción de ella.

#### f) Abordaje estructural

Minuchin, S. (1977), *Familia und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*, Friburgo i. Br.: Lambertus.

Las ideas fundamentales de Minuchin se exponen junto con ejemplos de casos (y la notación especial que Minuchin propone).

Minuchin, S. y H. C. Fishman (1983), *Praxis der strukturellen Familientherapie*, Friburgo i. Br.: Lambertus.

Expone la terapia familiar estructural con intencionalidad práctica; las diversas técnicas se describen y documentan.

#### g) Abordaje estratégico

Haley, J. (1978), *Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie*, Munich: Pfeiffer.

Es una exposición teórica que rebasa el marco del abordaje estratégico. Presta particular atención a los nexos entre terapia familiar e hipnosis, así como a la estructura y la terapia de la esquizofrenia.

Haley, J. (1977), *Direktive Familientherapie. Strategie für die Lösung von Problemen*, Munich: Pfeiffer.

Exposición orientada a la práctica, de los principios de la intervención terapéutica según el abordaje estratégico (incluye ejemplos de casos).

Selvini Palazzoli, M. et. al. (1977), *Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrenen Störungen*, Stuttgart: Klett.

Es la obra básica del grupo de Milán («terapia sistémica»); incluye muchos ejemplos de casos.

Andolfi, M. (1982), *Familientherapie. Das systemische Modell und seine Anwendung*, Friburgo i. Br.: Lambertus.

Introducción al abordaje de Andolfi, con muchos ejemplos de casos. Andolfi combina nociones estructurales y estratégicas.

## Referencias bibliográficas

- Abt, L. E. y B. F. Riess, ed. (1964), *Progress in clinical psychology*, Nueva York: Holt.
- Ackerknecht, L. (1983), «Individualpsychologische Familientherapie, Rückblick und gegenwärtige Praxis». En: Schneider, K., págs. 233-57.
- Adler, A. (1966), *Menschenkenntnis*, Francfort: Fischer.
- Adler, A. (1972), *Ueber den nervösen Charakter*, Francfort: Fischer.
- Adler, A. (1973), *Der Sinn des Lebens*, Francfort: Fischer.
- Adler, A. (1973x), *Individualpsychologie in der Schule*, Francfort: Fischer.
- Adler, A. (1974), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, Francfort: Fischer.
- Adler, A. (1974x), *Die Technik der Individualpsychologie*, Francfort: Fischer, 2 vols.
- Andolfi, M. (1982), *Familientherapie. Das systemische Modell und seine Anwendung*, Friburgo: Lambertus.
- Argelander, H. (1972), *Gruppenprozesse*, Reinbek: Rowohlt.
- Axline, V. (1947/72), *Kindertherapie im nicht-direktiven Verfahren*, Munich: Kindler.
- Ayllon, T. y N. H. Azrin (1968), *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*, Nueva York.
- Ayllon, T. y K. Kelly (1972), «Effects of reinforcement on standardized test performance», *Journal of Applied Behavior Analysis* 4, págs. 477-84.
- Azrin, N. H. (1977), «A strategy for applied research», *American Psychologist* 32, págs. 140-9.
- Bach, G. R. y P. Wyden (1970), *Streiten verbindet. Formeln für faire Partnerschaft in Liebe und Ehe*, Gütersloh: Bertelsmann.
- Bach, O. y M. Scholz, eds. (1982), *Familientherapie und Familienforschung*, Leipzig: Vogel.
- Baker, E. F. y A. Nelson (1983), «Orgontherapie». En: Corsini, R. J., págs. 845-63.
- Bandler, R. y J. Grinder (1980), *Metasprache und Psychotherapie. Struktur der Magie I*, Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R. y J. Grinder (1981), *Neue Wege der Kurzzeittherapie*, Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R. y J. Grinder (1982), *Reframing*, Moab: Real People.
- Bandler, R. y J. Grinder (1985), *Reframing: ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie (NLP)*, Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R., J. Grinder y V. Satir (1978), *Mit Familien reden*, Munich: Pfeiffer.
- Bandura, A. et al. (1969), «Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes», *Journal of Personality and Social Psychology* 13, págs. 173-99.
- Barnes, G. et al. (1979), *Transaktionsanalyse seit Eric Berne*, vol. 1: «Schulen der TA», Berlin: Kottwitz (es la editorial del Instituto de Terapia Comunicacional).
- Bastine, R. et al., eds. (1982), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, Weinheim: Edition Psychologie.
- Bateson, G. (1981), *Oekologie des Geistes*, Francfort: Suhrkamp.
- Bateson, G. (1982), *Geist und Natur*, Francfort: Suhrkamp. [Espíritu y naturaleza, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1982.1]
- Bateson, G., D. D. Jackson, J. Haley y J. Weakland (1956), «Towards a theory of schizophrenia», *Behavioral Science* 1, págs. 251-64.
- Bateson, G. y D. D. Jackson (1964), «Some varieties of pathogenetic organization». En: Rioch, D. M., págs. 270-83.
- Bateson, G. et al., eds. (1969), *Schizophrenie und Familie*, Francfort: Suhrkamp.
- Baumann, U., ed. (1981), *Indikation zur Psychotherapie*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Beatty, J. y H. Legewie, ed. (1977), *Biofeedback and behavior*, Nueva York: Plenum Press.
- Beck, A. T. (1970), «Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy», *Behavior Therapy* 1, págs. 184-200.
- Beck, A. T. et al. (1981), *Kognitive Therapie der Depression*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Bense, A. (1977), *Erleben in der Gesprächspsychotherapie*, Weinheim: Beltz.
- Bentele, G., ed. (1982), *Semiotik und Massenmedien*, Munich: Oelschläger.
- Berg, C. (1948), *Clinical psychology*, Londres.
- Bergin, A. E. y L. G. Jasper (1969), «Correlates of empathy in psychotherapy: Anreplication», *Journal of Abnormal Psychology* 74, págs. 477-81.
- Berne, E. (1966), *Principles of group treatment*, Nueva York: Oxford University Press.

- Berne, E. (1967), *Spiele der Erwachsenen*, Reinbek: Rowohlt.
- Bertalanffy, L. v. (1975), *General systems theory*, Nueva York: Braziller.
- Bertalanffy, L. v. y A. Rapaport, ed. (1956), *General systems yearbook*, Ann Arbor.
- Beule, B. et al. (1978), *Rational-Emotive Therapie in der Diskussion*, comunicaciones del DGVT 4, págs. 559-84.
- Biehl, E. et al., eds. (1982), *Neue Konzepte der klinischen Psychologie und Psychotherapie*, Tubinga: serie de trabajo del DGVT & GwG. Biermann-Ratjen, E.-M. et al., eds. (1979), *Gesprechpsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. et al. (1980), «Wider die Methodenintegration in der Gesprächspsychotherapie». En: Schulz, W. y M. Hautzinger, págs. 37-42.
- Bion, W. R. (1971), *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften*, Stuttgart: Klett.
- Birbaumer, N., ed. (1977), *Psychophysiologie der Angst*, Munich; Urban & Schwarzenberg.
- Bischof, L. J. (1964), *Interpreting personality theories*, Nueva York: Harper & Row.
- Bitter, W., ed. (1977), *Freud, Adler, Jung*, Munich: Kindler.
- Bloch, D., ed. (1973), *Techniques offamily psychotherapy*, Nueva York: Grune & Stratton.
- Blóschl, L. (1969), *Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie*, Berna: Huber.
- Boadella, D. (1977), «Bio-Energetik und Körpersprache». En: Petzold, H., págs. 14-50.
- Boadella, D. (1983), *Wilhelm Reich*, Francfort: Fischer.
- Bommert, H. (1977), *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommert, H. y H.-D. Dahlhoff, eds. (1978), *Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Bosch, M. (1977), *Anslitze der entwicklungsorientierten Familientherapie*, Francfort: trabajo de tesis.
- Bosch, M. (1983), «Strukturell- und entwicklungsorientierte Familientherapie innerhalb der humanistischen Psychotherapie». En: Schneider, K., págs. 26-37.
- Bosch, M. (1984), «Kriterien zur Wahl der Interviewtechnik in der Familientherapie». En: Brunner, E. J., págs. 191-216.
- Boszormenyi-Nagy, I. y J. L. Framo, eds. (1975), *Familientherapie. Theorie und Praxis*, Reinbek: Rowohlt, 2 vols.
- Braunert, K. (1980), *Zur Kritik der Rational-Emotiven Therapie*, comunicaciones del DGVT 1, págs. 113-20.
- Brener, J. (1977), «Sensory and perceptual determinants of voluntary visceral control». En: Schwartz, G. y J. Beatty, págs. 29-66.
- Brucker, B. (1977), *Learned voluntary control of systolic blood pressure by spinal cord injury patients*, trabajo inédito: Nueva York University.
- Brunner, E. J., ed. (1984), *Interaktion in derFamilie*, Berlín: Springer.
- Buber, M. (1957), *Pointing the Way*, Nueva York.
- Buchholz, M. (1981), «Psychoanalyse-Familientherapie-Systemtheorie», *Prax. d.Kinderpsychol. v.Kinderpsychiat.* 30.
- Buchholz, M. (1983), «Psychoanalytise Familientherapie». En: Schneider, K., págs. 188-209.
- Bühler, K. (1934), *Sprachtheorie*, Stuttgart.
- Büntig, W. (1983), «Bioenergetik». En: Corsini, R. J., págs. 66-110.
- Bykow, K. M. (1966), *Lehrbuch derPhysiologie*, Berlín: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Capra, F. (1977), *Der kosmische Reigen*, Munich: Scherz.
- Capra, F. (1983), *Wendezeit*, Munich: Scherz.
- Carkhuff, R. R. (1969), *Helping and human relations*, vols. 1/II. Nueva York.
- Cautela, J. R. (1966), «Treatment of compulsive behavior by covert sensitization», *Psychological Review* 16, págs. 33-41.
- Cautela, J. R. (1976), «The present status of covert modeling», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 7, págs. 323-6.
- Corsini, R. J., ed. (1973), *Cnrrrent psychotherapies*, Itasca: Peacock.
- Corsini, R. J., ed. (1983), *Handbuch derPsychotherapie*, Weinheim: Beltz, 2 vols.
- Coyne, J. C. (1982), «A critique of cognitions as causal entities with particular reference to depression», *Cognitive Therapy and Research* 6, págs. 3-13.
- Cheney, W. D. (1971), «Eric Berne: Biographical Sketch», *T.A.J.* 1.,1, págs. 14-22.
- Chessik, R. D. (1977), *Great ideas in psychotherapy*, Nueva York: Aronson.
- Dahlhoff, H.-D. y H. Bommert (1978), «Forschungs- und Trainingsmanual zur deutschen Fassung der Experiencing-Skala». En: Bommert, H. y H.-D. Dahlhoff, págs. 63-128.
- Davison, G. C. y J. Neale (1979), *Klinische Psychologie*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Dell, P. y H. Goolishian (1981), «Ordnung durch Fluktuation», *Familiendynamik* 6, págs. 104-22.
- Devereux, G. (1976), *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*, Francfort: Ullstein.

- Dicks, H. V. (1967), *Marital tensions*, Nueva York: Basic.
- Diekstra, R. F. W. (1979), *Ich kann denken/ffühlen, was ich will*, Lisse: Swets & Zeitlinges.
- Dienelt, K. (1973), *Von der Psychoanalyse zur Logotherapie*, Munich: Reinhardt.
- DiGuiseppe, R. A. y N. J. Miller (1979), «Ueberblick über Untersuchungen zur Effektivität der rational-emotiven Therapie». En: Ellis, A. y R. Grieger, págs. 37-62.
- Duhl, F., D. Kantor y B. Duhl (1973), «Learning, space, and action in family therapy». En: Bloch, D.
- D'Zurilla, T. J. y M. R. Goldfried (1971), «Problem solving and behavior modification», *Journal of Abnormal Psychology* 78, págs. 107-26.
- Ellis, A. (1950), «An introduction to the principles of scientific psychoanalysis», *Genetic Psychological Monographs* 41, págs. 147-212.
- Ellis, A. (1970), *The essence of rational psychotherapy*, Nueva York: Institute for Rational Living.
- Ellis, A. (1973), «Are cognitive behavior therapy and rational therapy synonymous?», *Rational Living* 8, págs. 8-11.
- Ellis, A. (1974), *Humanistic psychotherapy: the racional-emotive approach*, Nueva York.
- Ellis, A. (1962/77), *Die rational-emotive Therapie*, Munich: Pfeiffer.
- Ellis, A. (1977), «Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality of RET and other models of cognitive behavior therapy», *Counseling Psychologist* 7, págs. 2-42.
- Ellis, A. (1979), «Die wichtigsten Methoden der rational-emotiven Therapie». En: Ellis, A. y R. Grieger, págs. 155-65.
- Ellis, A. y R. A. Harper (1975), *A new guide to rational living*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ellis, A. y R. Grieger (1979), *Praxis der rational-emotiven Therapie*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Erdheim, M. y M. Nadig (1983), «Ethnopschoanalyse». En: Mertens, W., págs. 129-35.
- Erickson, M. H. y G. Rossi (1981), *Hypnotherapie*, Munich: Pfeiffer.
- Eschenrtider, C. (1977), «Theorie und Praxis der rational-emotiven Therapie», *Integrative Therapy* 3, págs. 91-106.
- Eysenck, H.-J. (1970), *The structure of human personality*, Menthuen: UP.
- Fagan, J. y J. L. Shepherd, eds. (1970), *Gestalt therapy now. Theory, techniques, applications*, Nueva York: Science Behavior Books. [Teoría y técnica de la psicoterapia gúestáltica, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1973.]
- Fairbairn, W. R. D. (1952), *Psychoanalytic studies of the personality*, Londres: Tavistock.
- Federn, P. (1932), «The reality of the death instinct, especially in melancholie», *Psychoanalytic Review* 19.
- Fittkau, B. (1977), «Die Bedeutung des Transpersonalen für die Humanistische Psychologie». En: Vólker, U., págs. 77-108.
- Fliegel, S. et al. (1981), *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Florin, I. y W. Tunner, eds. (1975), *Therapie der Angst*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Ford, D. H. y H. B. Urban (1963), *Systems of psychotherapy*, Nueva York: Wiley.
- Frank, J. D. (1961), *Persuasion and healing*, Baltimore.
- Franke, A. (1978), *Klienten-zentrierte Gruppenpsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Frankl, V. E. (1973), *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*, Friburgo: Herder.
- Frankl, V. E. (1977), *Das Leiden am sinnlosen Leben*, Friburgo: Herder.
- Frankl, V. E. (1981), *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, Munich: Piper.
- Frankl, V. E. (1982), *Der Wille zum Sinn*, Berna: Huber (3a. ed. ampl.).
- Freud, A. (1936/64), *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Munich: Kindler.
- Freud, S. (1894/1960), *Gesammelte Werke*, Francfort: Fischer (incluye todas las obras citadas en el texto).
- Freud, S. (1972), *Abriss der Psychoanalyse*, Francfort: Fischer. [Esquema del psicoanálisis, en *Obras completas*, vol. 1, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1982.]
- Freud, S. y W. Fliess (1950), *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*, Francfort: Fischer.
- Fromm-Reichmann, F. (1948), «Notes on the development of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy», *Psychiatry* 11, págs. 267-77.
- Garfield, S. y A. Bergin, eds. (1978), *Handbook of psychotherapy and behavior*, Nueva York (segunda edición).
- Gelder, M. G. e I. M. Marks (1966), «Severe agoraphobia: A controlled prospective trial of behavior therapy», *British Journal of Psychiatry* 112, págs. 309-19.
- Gendlin, E. T. (1961), «Experiencing: A variable in the process of therapeutic change», *American Journal of Psychotherapy* 15, págs. 233-45.
- Gendlin, E. T. (1964), «A theory of personality change». En: Worchel, P. y D. Byrne, págs. 100-48.
- Gendlin, E. T. (1970), «Existentialism and experiential psychotherapy». En: Hart, J. T. y T. M. Tomlinson, págs. 70-94.
- Gendlin, E. T. (1973), «Experiential psychotherapy». En: Corsini, R. J., págs. 317-52.

- Gendlin, E. T. (1978), «Fine Theorie der Persönlichkeitsveränderung». En: Bommert, H. y H.-D. Dahlhoff, págs. 1-62.
- Georget, E. J. (1821), Ueber das Irresein (original: «De la Folie»), Leipzig: Vogel.
- Goldfried, M. R. (1971), «Systematic desensitization as training in selfcontrol», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 37, págs. 228-34.
- Goldstein, A. P. y F. H. Kanfer, eds. (1979), Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy, Nueva York: Academic Press.
- Gould, S. J. (1983), *Der falsch vermessene Mensch*, Basel: Birkhäuser.
- Goulding, R. L. (1976), «Four models of transactional analysis», *International Journal for Group Psychotherapy* 26, págs. 385-92.
- Goulding, R. y M. Goulding (1981), *Neuerbscheidungs-therapie*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goulding, R. L. et al. (1976), «Injunctions, decisions and redecisions», *T.A.J.* 6, 1, págs. 41-8.
- Graumann, C. F. (1980), «Psychologie: humanistisch oder human?». En: Völker, U., págs. 39-52.
- Grawe, K. (1976), *Differenzielle Psychotherapie I*, Berna: Huber.
- Grinberg, L., M. Langer y E. Rodrigué (1972), *Psychoanalytische Gruppentherapie*, Munich: Kindler.
- Grunwald, W. (1976), *Psychotherapie und experimentelle Konfliktforschung*, Munich.
- Grunwald, W., ed. (1979), *Klinische Stichwörter zur Gesprächspsychotherapie*, Munich: Fink.
- Guerin, P. J., ed. (1976.), *Family, therapy*, Nueva York: Gardner.
- Guntern, G. (1980), «Die Kopernikanische Revolution in der Psychotherapie», *Familiendynamik* 5, págs. 2-41.
- Gurman, A. S. y A. M. Razin (1977), *Effective psychotherapy*, Nueva York: Pergamon.
- Gurman, A. S. y D. P. Kniskern, eds. (1981), *Handbook of family therapy*, Nueva York: Brunner/Mazel.
- Guthrie, E. R. (1935), *The psychology of learning*, Nueva York.
- GwG, ed. (1975), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Munich: Kindler.
- Hacker, A. (1983), «Psychoanalyse und Feminismus». En: Mertens, W., págs. 264-72.
- Hagehülsmann, U. y A. Hagehülsmann (1983), «Transaktionsanalyse». En: Corsini, R. J., págs. 1315-56.
- Haley, J. (1977), *Direktive Familientherapie*, Munich: Pfeiffer.
- Haley, J. (1978), *Gemeinsamer Nenner Interaktion*, Munich: Pfeiffer.
- Haley, J. (1980), «Ansätze zu einer Theorie pathologischer Systeme». En: Watzlawick, P. y J. H. Weakland, págs. 61-84.
- Hall, A. y R. Fagen (1956), «Definition of systems». En: Bertalanffy, L. v. y A. Rapaport.
- Hamerlynck, L. A., P. O. Davidson y L. E. Acker, eds. (1969), *Behavior modification and the mental health services*, Calgary.
- Harris, T. A. (1975), *Ich bin o.k. Du bist o.k.*, Reinbek: Rowohlt.
- Harsch, H. L. y F. M. Jessen (1984), «Transaktionsanalyse». En: Petzold, H., vol. II, págs. 309-96.
- Hart, J. T. (1970), «The development of client-centered therapy». En: Hart, J. T. y T. M. Tomlinson, págs. 3-22.
- Hart, J. T. y T. M. Tomlinson, eds. (1970), *New directions in client-centered therapy*, Boston: Houghton Mifflin.
- Hartmann-Kottek-Schroeder, L. (1983), «Gestalttherapie». En: Corsini, R. J., págs. 281-320.
- Hecht, C. (1984), «Kognitive Verhaltenstherapie». En: Petzold, H., vol. 11, págs. 401-92.
- Heigl-Evers, A. (1972), *Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie*, Gotinga: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A. y B. Nitzschke (1984), «Psychoanalyse: "klassische" und "moderne" Konzepte». En: Lück, H. E. et al., págs. 102-12.
- Helm, J. (1972), «Psychotherapeutische Gespräche als Gegenstand der Forschung». En: Helm, J., págs. 27-48.
- Helm, J., ed. (1972), *Psychotherapieforschung*, Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Herve, G. (1881), «Du poids de l'encephale», *Revue d'Anthropologie* 4, págs. 681-98.
- Hoffman, L. (1982), *Grundlagen der Familientherapie*, Hamburg: Isko Press.
- Hoffmann, S. O. (1983), «Psychoanalyse». En: Corsini, R. J., págs. 978-1007.
- Hofstätter, P. R. (1972), *Psychologie*, Frankfurt: Fischer.
- Holland, J. G. y B. F. Skinner (1974), *Analyse des Verhaltens*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Homme, L. E. (1965), «Perspectives in psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of the minó», *Psychological Review* 15, págs. 501-11.
- Horney, K. (1939), *Neue Wege in der Psychoanalyse*, Stuttgart: Gustav Kilpper.
- Howe, E. S. (1962), «Anxiety-arousal and Specificity», *Journal of Consulting Psychology* 26, págs. 178-84.
- Howe, J. (1980), *Prozessgeschehen in der Gesprächspsychotherapie*, Frankfurt: Lang.
- Howe, J., ed. (1982a), *Therapieformen im Dialog*, Munich: Kösel.
- Howe, J., ed. (1982b), *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*, Weinheim: Beltz.
- Hübner, W. (1982), «Was heisst: Verändern durch Verstehen?». En: Biehl, E. et al., págs. 40-44.
- Iljine, V. N. (1909), *Improvisiertes Theaterspiel zur Behandlung von Gemütsleiden*, Kiev: Teatralny Kurier.

- Itigaray, L. (1980), *Sperulum*, Francfort: Suhrkamp.
- Jacobi, J. (1978), *Die Psychologie von C. G. Jung*, Francfort: Fischer.
- Jakoby, H. (1983), *Alfred Adlers Individualpsychologie und Dialektische Charakterkunde*, Francfort: Fischer.
- Jankowski, P., D. Tscheulin, H. J. Hetkau y F. Mann, eds. (1976), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute*, Gotinga: Hogrefe.
- Jantsch, E. (1982), *Die Selbstorganisation des Universums*, Munich: dtv.
- Jantsch, E. y C. Waddington, eds. (1976), *Evolution and consciousness*, Reading: Addison-Wesley.
- Jürgens, G. y H. Salm (1984), *Yamilientherapie*. En: Petzold, H., vol. 1, págs. 387-450.
- Jürgens, G. y T. Stahl (1982), «Gespräch mit V. Satir», *Integrative Therapy* 8, págs. 193-215.
- Jung, C. G. *Gesammelte Werke*, Olten: Walter, 18 vols.
- Jung, C. G. (1912), *Wandlungen und Symbole der Libido*, Leipzig: Deuticke.
- Jung, C. G., (1921/50), «Psychologische Typen» (*Gesammelte Werke*, vol. 6), Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1935/75), *Ueber Grundlagen der analytischen Psychologie*, Francfort: Fischer.
- Kahler, T. y H. Carpers (1974), «The miniscript», *T.A.J.* 4, págs. 26-34.
- Kanfer, F. H. (1979), «Self-management: Strategies and tactics». En: Goldstein, A. P. y F. H. Kanfer, págs. 185-224.
- Kanfer, F. H. y A. P. Goldstein, eds. (1979), *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Kanngiesser, S. y J. Kriz (1983), «Zeichendynamik und Wahrnehmungscodes», *Zeitschrift für Semiotik* 5, págs. 75-99.
- Karpmann, S. B. (1968), «Fairy tales and script drama analysis», *Transaction Bulletin* 7, págs. 39-43.
- Keeney, B. P. (1979), «Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis», *Family Process* 18, págs. 117-29.
- Kempler, W. (1968), «Experiential psychotherapy with families», *Family Process* 7, págs. 88-99.
- Kempler, W. (1975), *Grundzüge der Gestalt-Familien-Therapie*, Stuttgart: Klett.
- Kempler, W. (1981), *Experiential psychotherapy within families*, Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kendall, P. C. y S. C. Hollon, eds. (1981), *Assesment strategies for cognitive-behavioral interventions*, Nueva York: Academic Press.
- Kernberg, O. F. (1981), *Objektbeziehung und Praxis der Psychoanalyse*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kessler, B. H. (1983), «Rational-emotive Therapie». En: Corsini, R. J., págs. 1105-26.
- Kessler, B. H. y B. Hoellen (1982), *Rational-emotive Therapie in der klinischen Praxis*, Weinheim: Beltz.
- Klein, M. (1962), *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*, Stuttgart: Klett.
- Klein, M. H. et al. (1969), *The experiencing scale*, Wiscounsin.
- Koch, S., ed. (1959), *Psychology: A study of a science*, vol. III, Nueva York: Hill, págs. 184-256.
- Kohut, H. (1979), *Die Heilung des Selbst*, Francfort: Suhrkamp. [Análisis del self, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1977.]
- Kreitman, N., Y. Collins, B. Nelson y J. Troop (1971), «Neurosis and Marital Interaktion», *British Journal of Psychiatry* 119, págs. 243-52.
- Kriz J. (1973), *Statistik in den Sozialwissenschaften*, Reinbek: Rowohlt (desde la cuarta edición, esta obra ha sido publicada en Opladen: Westdeutscheé Verlag).
- Kriz, J. (1981), *Methodenkritik empirischer Sozialforschung*, Stuttgart: Teubner.
- Kriz, J. (1982), «Semiotik als Topos». En: Bentele, G., págs. 393-9.
- Kriz, J. (1985), «Wissenschafts- und erkenntnistheoretische Grundlagen der Psychologie». KE I: «Erfahrung ni Alltag». KE II: «Wissenschaftliche Erfahrung», Hagen: Fernuniversität, Studienbrief Kurs 3269.
- Kropf, D. (1976), *Grundprobleme der Gesprächspsychotherapie*, Gotinga: Hogrefe.
- Kufner, W. (1984), «Bioenergetik». En: Petzold, H., vol. II, págs. 245-312.
- Kuhn, T. S. (1976), *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Francfort: Suhrkamp.
- Künkel, F. (1975), *Einführung in die Charakterkunde*, Stuttgart: Hirzel.
- Laiblin, M. (1977), «Die Psychologie von C. G. Jung». En: Bitter, W., págs. 65-81.
- Laing, R. D. (1976), *Das geteilte Selbst*, Reinbek: Rowohlt.
- Laing, R. D. (1977), *Das Selbst und die Anderen*, Reinbek: Rowohlt.
- Laing, R. D., H. Phillipson y A. R. Lee (1971), *Interpersonelle Wahrnehmung*, Francfort: Suhrkamp. [Percepción interpersonal, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1973.]
- Lakatos, I. y A. Musgrave, eds. (1974), *Kritik und Erkenntnisfortschritt*, Braunschweig: Vieweg.
- Laplanche, J. y J.-B. Pontalis (1972), *Das Vokabular dar Psychoanalyse*, Francfort: Suhrkamp, 2 vols.
- Lazarus, A. A. (1967), «In support of technical eclecticism», *Psychological Review* 21, págs. 415-6.
- Lazarus, A. A. (1973), «Multimodal behavior therapy: Treating the BASIC ID», *Journal of Nervous and Mental Diseases* 156, págs. 401-11.

- Lazarus, A. A. y S. Rachman (1957), «The use of systematic desensitization in psychotherapy», *South African Medical Journal* 31, págs. 934-7.
- Leuner, H. (1980), *Katathymes Bilderleben*, Berna: Huber.
- Leuner, H. (1981), *Katathymes Bilderleben*, Stuttgart: Thieme.
- Leutz, G. A. (1974), *Psychodrama*, Heidelberg: Springer.
- Leutz, G. A. y E. Engelke (1983), «Psychodrama». En: Corsini, R. J., págs. 1008-31.
- Levy, D. (1943), *Maternal overprotection*, Nueva York: Columbia University Press.
- Lewis, R. y A. Lowen (1977), «Bioenergetische Analyse». En: Petzold, H., 1977a, págs. 217-44.
- Lisch, R. y J. Kriz (1978), *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse*, Reinbek: Rowholt.
- Lowen, A. (1967), *Der Verrat am Körper*, Munich: Scherz.
- Lowen, A. (1972), *Depression*, Munich: Kösel.
- Lowen, A. (1979), *Bioenergetik*, Reinbek: Rowohl.
- Lowen, A. y L. Lowen (1979), *Bioenergetik für Jeden*, Gauting: Kirchheim.
- Lück, H. E. et al., eds. (1984), *Geschichte der Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Ludewig, K. (1983), «Die therapeutische Intervention: eine signifikante Verstörung der familienkohärenz im therapeutischen System». En: Schneider, K., págs. 78-95.
- Lukas, E. (1980), *Auch Dein Leben hat Sinn*, Friburgo: Herder.
- Lukas, E. (1984), «Logotherapie». En: Petzold, H., vol. 1, págs. 451-522.
- Luthman, S. G. y M. Kirschenbaum (1977), *Familiensysteme*, Munich: Pfeiffer.
- Mahoney, M. J. (1977), *Kognitive Verhaltenstherapie*, Munich: Pfeiffer.
- Mahoney, M. J. (1980), *Psychotherapy process*, Nueva York: Plenum.
- Mahoney, M. J. y D. Arnkoff (1978), «Cognitive and self-control therapies». En: Garfield, S. y A. Bergin, págs. 689-722.
- Malinowski, B. (1929), *Das Geschlechtsleben der Wilden in Nordwestruilanesien*, Leipzig.
- Marcus, E. (1979), *Gestalttherapie*, Hamburgo: Isko l'ress.
- Marlatt, G. A. y M. A. Perry (1977), «Methoden des Modellernens». En: Kanfer, F. H. y A. P. Goldstein, págs. 133-77.
- Martin, D. G. (1972/75), *Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozess*, Salzburgo: Müller.
- Maslow, A. H. (1973), *Psychologie des Seins*, Munich: Kindler.
- Masterman, M. (1974), «Die Natur eines Paradigmas». En: Lakatos, I. y A. Musgrave, págs. 59-88.
- Masters, W. H. y V. E. Johnson (1973), *Impotenz und Anorgasmie*, Francfort: Goverts.
- Maturana, H. (1982), *Erkennen: die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*, Braunschweig: Vieweg.
- Mead, G. H. (1936/68), *Geist, Identität und Gesellschaft*, Francfort: Suhrkamp.
- Meichenbaum, D. W. (1974), *Cognitive behavior modification*, Morristown.
- Meichenbaum, D. W. (1977), *Cognitive-behavioral modification*, Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. W. (1979), «Cognitive behavior modification. The need for a fairer assessment», *Cognitive Therapy & Research* 2, págs. 127-32.
- Merleau-Ponty, M. (1966), *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlín: De Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1973), *Vorlesungen 1*, Berlín: De Gruyter.
- Mertens, W., ed. (1983), *Psychoanalyse. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Metzger, W. (1954), *Gesetze des Sehens*, Francfort (es la segunda edición).
- Metzger, W. (1962), *Schöpferische Freiheit*, Francfort.
- Metzger, W. (1968), *Psychologie*, Darmstadt: Steinkopff (cuarta edición).
- Metzger, W. (1972), «Einführung». En: Adler, A., 1972.
- Metzger, W. (1973), «Einführung». En: Adler, A., 1973a.
- Meyer, V. y A. H. Crisp (1966), «Some problems in behavior therapy», *British Journal of Psychiatry* 112, págs. 367-81.
- Miller, A. (1981), *Du sollst nicht merken*, Francfort: Suhrkamp.
- Miller, N. E. y L. V. DiCara (1967), «Instrumental learning of heart rate changes in curarized rats», *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 63, págs. 12-9.
- Miller, G. A., E. H. Galanter y K. H. Pribram (1960), *Plans and the structure of behavior*, Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Minsel, W.-R. (1974), *Praxis der Reichspsychotherapie*, Wien: Bbhlau.
- Minsel, W.-R. y B. Minsel (1975), *Training von Unterrichtsverhalten*, Kiel: Schmidt/Klauning.
- Minsel, W.-R. y M. Zielke (1977), «Theoretische Grundlagen der CCT». En: Pongratz, L. J., págs. 953-80.
- Minsel, W.-R. y G. Bente (1980), «Gesprächspsychotherapie». En: Wittling, W., págs. 139-64.

- Minsel, W.-R. y G. Bente (1982), «Entwicklung der Gesprächspsychotherapie und ihr neuester Stand». En: Howe, J., págs. 23-54.
- Minsel, W.-R. et al. (1973), «Bedeutsame weitere Variablen des Psychotherapeutenverhaltens», Zeitschrift für Klinische Psychologie 2, págs. 197-210.
- Minuchin, S. (1977), Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie, Friburgo: Lambertus.
- Minuchin, S. y H. Fishman (1983), Praxis der strukturellen Familientherapie, Friburgo: Lambertus.
- Minuchin, S., B. Rosman y L. Baker (1981), Psychosomatische Krankheiten in der Familie, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Minuchin, S. et al. (1967), Families of the slums, Nueva York: Basic Books.
- Minuchin, S. et al. (1981), Psychosomatische Krankheiten in der Familie, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Misch, W. y K. Misch (1932), «Die vegetative Genese der neurotischen Angst und ihre medikamentöse Beseitigung», Der Nervenarzt 8.
- Mitchell, K. M. et al. (1977), «A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy nonpossesive warmth and genuiness». En: Gurman, A. S. y A. M. Razin, págs. 482-502.
- Moreno, J. L. (1915), Einladung zu einer Begegnung, Wien: Anzengruber.
- Moreno, J. L. (1932), Application of the group method to classification, Nueva York: National Commission of Prison and Prison Labor.
- Moreno, J. L. (1954), Die Grundlagen der Soziometrie, Köln: Westdeutscher Verlag.
- Moreno, J. L. (1959), Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Stuttgart: Thieme.
- Morris, C. W. (1938), Foundations of the theory of signs, Chicago: University of Chicago Press.
- Napier, A. y C. A. Whitaker (1978), Tatort Familie, Düsseldorf: Diederichs.
- Naranjo, C. (1970), «Present centeredness». En: Fagan, J. e I. L. Shepherd.
- Neel, A. (1974), Handbuch der psychologischen Theorien, Munich: Kindler.
- Nell, R. (1976), Traumdeutung in der Ehepaar-Therapie, Munich: Kindler.
- Nichols, M. P. (1984), Family therapy, Nueva York: Gardner.
- Nielsen, J. (1964), «Mental disorders in married couples», British Journal of Psychiatry 110, págs. 683-97.
- Nitz, H. (1983), «Neue Wege einer verhaltensorientierten Familientherapie». En: Schneider, K., págs. 314-29.
- Nitzschke, B. (1983), «Zur Herkunft des "Es"», Psyche 37, págs. 669-804.
- Nostiz und Jenkendorf, G. A. E. v. (1829), Beschreibung derKönigliche Sdchsische Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein, Dresden: Walther, 2 vols.
- Oberndorf, C. P. (1938), «Psychoanalysis and married couples», Psychoanalytic Review 25, págs. 453-75.
- Ollendorf-Reich, I. (1975),. Wilhelm Reich, Munich: Kindler.
- Orth, B. (1974), Einführung in die Theorie des Messens, Stuttgart: Kohlhammer.
- Papp, P. (1976), «Family choreography». En: Guerin, P. J.
- Papp, P. (1983), «Paradoxes». En: Minuchin, S. y H. Fishman.
- Papp, P., O. Silverstein y E. Carter (1973), «Family sculpting in preventive work with "well Families"», Fámily Process 12, págs. 197-212.
- Pavel, F.-G. (1975), «Die Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie in den USA von 1942-1973». En: GwG, págs. 25-41.
- Pechtl, W. (1980), «Die therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der bioenergetischen Beziehung». En: Petzold, H., págs. 189-210.
- Penrose, L. (1944), «Mental illness in husband and wife», Psychiatric Quarterly Suppl. 18.
- Perls, F. S. (1976), Grundlagen der Gestalttherapie, Munich: Pfeiffer.
- Perls, F. S. (1944/78), Das Ich, der Hunger und die Aggression, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S., R. F. Hefferline y P. Goodman (1979), Gestalt-Therapie, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H., ed. (1974/1977b), PsychotherapieundKörperdynamik, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1976), «Dramatische Therapie», Integrative Therapy 4, págs. 178-89. '
- Petzold, H., ed. (1977x), Die neuen Körpertherapien, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1978x), Angewandtes Psychodrama, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1978b), «Das Psychodrama als Methode der klinischen Psychologie». En: Pongratz, L. J., págs. 2751-95.
- Petzold, H. (1980x), «Ich bin o.k. Du bist so lala». En: Psychologie heute, Sonderband (Neue Formen der Psychotherapie), págs. 131-41. Weinheim: Beltz.
- Petzold, H. (1980b), «Moreno -nicht Lewin- der Begründer der Aktionsforschung», Gruppendynamik, págs. 142-66.
- Petzold, H., ed. t 1980c), Die Rolle des Therapeutén und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1982), «Der Mensch ist ein soziales Atom», Integrative Therapy 3.
- Petzold, H., ed. (1984), Wege zum Menschen, Paderborn: Junfermann, 2 vols.

- Petzold, H. y U. Mathias (1983), *Rollenentwicklung und Identität*, Paderborn: Junfermann.
- Pfeiffer, W. M. (1975), «Erklärungsmodelle zum Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses». En: *GwG*, págs. 72-8.
- Pfeiffer, W. M. (1976), «Erlebnisaktivierendes Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie und seine Erfassung durch die Erlebens-IntensitätsSkala». En: Jankowski, P. et al., págs. 127-34.
- Pfeiffer, W. M. (1980), «Otto Rank. Wegbereiter personenzentrierter Psychotherapie». En: Schulz, W. y M. Hautzinger, págs. 93-101.
- Pfeiffer, W. M. (1980x), «Diskussionsbemerkungen zu E. BiermannRatjen, J. Eckert y H. J. Schwartz», *GwG-Info* 39, págs. 21-6.
- Pflug, J. H. (1984), «Das Namenparadox der GwG», *GwG-Info* 56, págs. 234-6.
- Pierrakos, J. C. (1977), «Core-Therapie». En: Petzold, H., págs. 90-116.
- Pirandello, L. (1965), *Sei personaggi in cerca d'autore*, Milano: Maschere Nudo.
- Plog, U. (1976), *Differentielle Psychotherapie II*, Berna: Huber.
- Polster, E. y M. (1975), *Gestalttherapie*, Munich: Kindler.
- Pongratz, L. J. (1973), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*, Gotinga: Hogrefe.
- Pongratz, L. J., ed. (1977), *Klinische Psychologie*, Gotinga: Hogrefe, 2 vols.
- Pongratz, L. J. (1982), «Geschichte der Psychotherapie». En: Bastine, R. et al., págs. 123-9.
- Prigogine, I. (1976), «Order through fluctuation». En: Jantsch, E. y C. Waddington.
- Quekelberghe, R. v. (1979), *Modelle kognitiver Therapien*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Quekelberghe, R. v. (1979x), *Systematik der Psychotherapie*, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Rattner, J. (1976), *Verstehende Tiefenpsychologie*, Berlín: Verlag für tiefenpsychologie.
- Reich, W. (1932/72), *Der Einbruch der sexuellen Zwangsmoral*, L81n: Kiepenheuer & Witsch (tercera edición).
- Reich, W. (1933/70), *Charakteranalyse*, Francfort: Fischer.
- Reich, W. (1972), *Die Entdeckung des Orgons I*, Francfort: Fischer.
- Reich, W. (1975), *Die Entdeckung des Orgons II*, Francfort: Fischer.
- Reich, W. (1933/79), *Die Massenpsychologie des Faschismus*, Francfort: Fischer.
- Reiter-Theil, S. (1984), «Wissenschaftstheoretische Grundlagen zur systemorientierten Familientherapie». En: Brunner, E. J., págs. 17-39.
- Revenstorff, D. (1982/83), *Psychotherapeutische Verfahren*, Stuttgart: Kohlhammer, 3 vols.
- Richter, H. E. (1963/69), *Eltern, Kind und Neurose*, Reinbek: Rowohlt.
- Richter, H. E. (1972), *Patient Familie*, Reinbek: Rowohlt.
- Rieger, A. y E. Schmidt-Hieber (1979), «Gesprächspsychotherapie». En: Grunwald, W., págs. 117-23.
- Rioch, D. M., ed. (1964), «Disorders of communication», *Research Publications*, Association for Research in Nervous and Mental Diseases.
- Risley, T. R. (1969), «Behavior modification». En: Hamerlynck, L. A., P. O. Davidson y L. E. Acker.
- Rogers, C. R. (1942/72), *Die nichtdirektive Beratung*, Munich: Kindler.
- Rogers, C. R. (1951/73), *Die klientbezogene Gesprächstherapie*, Munich: Kindler.
- Rogers, C. R. (1957), «The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change», *Journal of Consulting Psychology* 21, págs. 95-103.
- Rogers, C. R. (1958), «A process conception of psychotherapy», *American Psychologist* 13, págs. 142-9.
- Rogers, C. R. (1961/73), *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1969/79), *Lernen in Freiheit*. Munich: Kñsel
- Rogers, C. R. (1970/74), *Encounter-Gruppen*, Munich: Kindler. [Grupos de encuentro, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1973.]
- Rogers, C. R. (1975), «Entwicklung und gegenwartiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen». En: *GwG*, págs. 11-24.
- Rogers, C. R. (1977/78), *Die Kraft des Guten*, Munich: Kindler.
- Rogers, C. R. (1981), *Der neue Mensch*, Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1983), «Klientenzentrierte Psychotherapie». En: Corsini, R. J., págs. 471-512.
- Rückert, H. W. (1982), «Kombination von Gesprächspsychotherapie mit Rational-Emotiver Therapie». En: Howe, 1982b, págs. 91-118.
- Sachse, R. y B. Krtiner (1978), «Selbstkontrolle vor Angst: Die Bedeutung von Entspannung, Wahrnehmung von Angsterregungen und Kognitionen», *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 7, págs. 41-59.
- Samelson, F. (1980), «J. B. Watson's little Albert, Cyril Burt's Twins, and the need for a critical science», *American Psychologist* 35, págs. 619-25.
- Sandler, J., C. Dare y A. Holder (1973), *Die Grundbegriffe der psycho*

- analytischen Therapie, Stuttgart: Klett.
- Satir, V. (1973), Familienbehandlung, Friburgo: Lambertus.
- Satir, V. (1975), Selbstwert und Kommunikation, Munich: Pfeiffer.
- Schiff, J. L. et al. (1975), Cathexis Reader, Nueva York: Harper & Row.
- Schlippe, A. v. (1983), «Familientherapie mit Unterschichtsfamilien». En: Schneider, K., págs. 372-84.
- Schlippe, A. v. (1984), Familientherapie im Ueberblick, Paderborn: Junfermann.
- Schlippe, A. v., y S. Essen (1982), «Die Familienperspektive überschreiten: Gedanken zu gesellschaftlichen Prozesseñ», Integrative Therapie 8, págs. 233-50.
- Schmidt, R. (1977), «Finalitat der Angst», Zeitschrift für Individualpsychologie 2, págs. 48-57.
- Schmidtchen, S. (1974), Klientenzentrierte Spieltherapie, Weinheim: Beltz.
- Schneider, K. (1981), «Interventionsstile in der Gestalttherapie: Support und Frustration», Integrative Therapie, págs. 26-44.
- Schneider, K., ed. (1983), Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Paderborn: Junfermann.
- Schonpflug, W. y U. Schonpflug (1983), Psychologie, Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Schorr, A. (1984), Die Verhaltenstherapie, Weinheim: Beltz.
- Schultz-Heneke, H. (1970), Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart: Thieme.
- Schulz, W. y M. Hautzinger, eds. (1980), «Klinische Psychologie und Psychotherapie». Informe para el Congreso de Berlín de 1980, Tubinga.
- Schulz v. Thun, F. (1981), Miteinander Reden, Reinbek: Rowholt.
- Schwartz, G. y J. Beatty, eds. (1977), Biofeedback, Nueva York: Academic Press.
- Seelmann, K. (1982), «Adlers Lebenslauf: bis zu seiner Trennung von Freud». En: D. Eicke, ed.: Tiefenpsychologie, 4 vols.: Individualpsychologie und Analytische Psychologie, Weinheim: Beltz, págs. 6-18.
- Seiderl, U. (1983), «Individualpsychologie». En: Corsini, R. J., págs. 390-413.
- Selvini Palazzoli, M. (1982), Magersucht, Stuttgart: Klett.
- Selvini Palazzoli, M. y G. Prata (1985), «Eine neue Methode zur Erforschung und Behandlung schizophrener Familien». En: Stierlin, H. et al., págs. 275-82.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1977), Paradoxon und Gegenparadoxon, Stuttgart: Klett.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1981), «Hípothetisieren-Zirkularität-Neutralität», Familiendynamik 4, págs. 123-39.
- Shlien, J. M. y F. M. Zimring (1970), «Research directives and methods in client-centered therapy». En: Hart, J. T. y T. M. Tomlinson, págs. 33-57.
- Simon, F. B. y H. Stierlin (1984), Die Sprache der Familientherapie, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Speck, R. y C. Attneave (1976), Die Familie im Netz sozialer Beziehungen, Friburgo: Lambertus.
- Serman, M. B. (1976), «Effects of sensorimotor EEG feedback training on sleep and clinical manifestations of epilepsy». En: Beatty, J. y H. Legewie, págs. 167-200.
- Stierlin, H. (1975), Von der Psychoanalyse zur Familientherapie, Stuttgart: Klett.
- Stierlin, H. (1977), «Einführung». En: Selvini Palazzoli, M. et al., págs. 7-9.
- Stierlin, H. (1978), Delegation und Familie, Francfort: Suhrkamp.
- Stierlin, H. (1982), «Dynamische Familientherapie». En: Bastine, R. et al., págs. 98-103.
- Stierlin, H. et al. (1977), Das erste Familiengespräch, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. et al. (1985), Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie, Berlín: Springer.
- Stock-Whitaker, D. y A. Liebermann (1965), Psychotherapy through the group process, Londres: Tavistock.
- Strupp, H. H. (1973), «On the basic ingredients of psychotherapy», Journal of Consulting and Counseling Psychology 41, págs. 1-8.
- Suinn, R. M. y F. Richardson (1971), «Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control», Behavior Therapy 2, págs. 498-510.
- Sullivan, H. S. (1950/80), Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie, Francfort: Fischer.
- Sutton-Simon, K. (1981), «Assessing belief-systems». En: Kendall, P. C. y S. C. Hollon, págs. 59-84.
- Tausch, R. (1960x), Das psychotherapeutische Gespräch, Gotinga: Hogrefe.
- Tausch, R. (1968), Gesprächspsychotherapie, Gotinga: Hogrefe.

- Tausch, R. (1973), «Geprüfte Annahmen und Prozessgleichung zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie». En: G. Reinert, ed., Bericht über den Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Gotinga: Hogrefe, págs. 172-84.
- Tausch, R. y A. Tausch (1979), Gesprächspsychotherapie, Gotinga: Hogrefe (séptima edición).
- Tausch, R. et al. (1969), «Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie», Zeitschrift für Psychologie 176, págs. 93-102.
- Textor, M. R. (1984), Das Buch der Familientherapie, Eschborn: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Titze, M. (1979), Lebensziel und Lebensstil, Munich: Pfeiffer.
- Titze, M. (1984), «Individualpsychologie». En: Petzold, 1984, vol. II, págs. 7-100.
- Tolman, E. C. (1932), Purposive behavior in animals and men, Nueva York: Appleton Crofts.
- Tomlinson, T. M. y J. T. Hart (1962), «A validation study of the process scale», Journal of Consulting Psychology 26, págs. 74-8.
- Trenckmann, W. (1982), «Familienforschung und -therapie in den psychiatrischen Krankheitskonzepten des 19. Jahrhunderts». En: Bach, O. y M. Scholz, págs. 9-16.
- Truax, C. B. (1962), «A tentative scale for the measurement of unconditional positive regard», Wisconsin: Psychiat. Inst. Bull.
- Truax, C. B. (1966), «Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy», Journal of Abnormal Psychology 71, 1, págs. 1-9.
- Truax, C. B. y R. R. Carkhuff (1964), «Significant developments in psychotherapy research». En: Abt, L. E. y B. F. Riess, págs. 124-55.
- Truax, C. B. y R. R. Carkhuff (1967), Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice, Chicago: Aldine.
- Truax, C. B., R. R. Carkhuff y F. Kodmann (1965), «Relationships between therapist-offered conditions and patient change in group psychotherapy», Journal of Clinical Psychology 31, págs. 327-9.
- Tscheulin, D. (1975), «Gesprächspsychotherapie als zwischenmenschlicher Kommunikationsprozess». En: GwG, págs. 98-113.
- Valins, S. y A. A. Ray (1967), «Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior», Journal of Personality and Social Psychology 7, págs. 345-50.
- VandenBos, G. R. (1973), «An investigation of several methods of teaching "experiential focusing"». Disertación inédita, Universidad de Detroit.
- Vblker, U., ed. (1980), Huynanistische Psychologie, Weinheim: Beltz.
- Vb8bus, K. V. (1975), «Gegen die Psychotechnik oder ein Pládoyer für die Gestaltanalyse als Einzeltherapie», Integrative Therapie 1, págs. 102-9.
- Walen, S. R. et al. (1980), A practioners guide to rational-emotive therapy, Nueva York: Oxford University Press.
- Walrond-Skinner, S. (1981), Developments in family therapy, Londres: Routledge & Kegan, Paul.
- Walter, H. J. (1977), Gestalttheorie und Psychotherapie, Darmstadt: Steinkopff.
- Watson, J. B. (1913), «Psychology as the behaviorist views it», Psychological Review 20, págs. 158-77.
- Watzlawick, P., J. H. Beavin y D. D. Jackson (1969), Menschliche Kommunikation, Berna: Huber.
- Watzlawick, P., J. H. Weakland y R. Fisch (1974), Lösungen, Berna: Huber.
- Watzlawick, P. y J. H. Weakland, eds. (1980), Interaktion, Berna: Huber.
- Wenger, M. A. et al. (1961), «Experimenta in India on "voluntary" control of the heart and pulse,,», Circulation 24, págs. 1319-25.
- Westmeyer, H. (1980), «Zur Paradigmadiskussion in der Psychologie. W. Michaelis, ed., Bericht über den 32. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (vol. 1)», Gotinga: Hogrefe, págs. 115-26.
- Westmeyer, H. (1981), «Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie». En: Baumann, U., págs. 187-98.
- Wexler, D. A. (1974), «A cognitive theory of experiencing, selfactualization, and therapeutic process». En: Wexler, D. A. y L. N. Rice.
- Wexler, D. A. y L. N. Rice, eds. (1974), Innovations in client-centered therapy, Nueva York: Wiley.
- Whitaker, C. A. (1976), «The meaning of theory in clinical work». En: Guerin, P. J.
- Whitaker, C. A. y D. V. Keith (1981), «Symbolic-experiential family therapy». En: Gurman, A. S. y D. P. Kniskern, págs. 187-225.
- Wiggins, J. S. (1973), Personality and prediction, Menlo Park: AddisonWesley.
- Wigner, E. P. (1970), Symmetries and rejlecciones (Scientific essays), Cambridge, Mass.: M.I.T.-Press.
- Willi, J. (1975), Die Zweierbeziehung, Reinbek: Rowohlt.
- Willi, J. (1978), Therapie der Zweierbeziehung, Reinbek: Rowohlt.
- Winch, R. F. (1958), Mate selection, Nueva York: Harper.
- Wirsching, M. y H. Stierlin (1982), Krankheit und Familie, Stuttgart: Klett-Cotta.

- Wittling, W., ed. (1980), *Handbuch der Minischen Psychologie*, Hamburgo: Hoffman & Campe, 6 vols.
- Worchel, P. y D. Byrne, eds. (1964), *Personality change*, Nueva York: Glencoe.
- Wynne, L. (1980), «Paradoxe Interventionen», *Familiendynamik* 5, págs. 42-56.
- Zielke, M. (1979), *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Zimring, F. M. (1974), «Theory and practice of client-centered therapy: A cognitive view». En: Wexler, D. A. y L. N. Rice.
- Zuk, G. H. (1978.2), *Familientherapie*, Friburgó: Lambertus.
- Zuk, G. H. y D. Rubinstein (1975), «Ueberblick über Konzepte für die Untersuchung und Behandlung von Familien Schizophrener». En: Boszormenyi-Nagy, I. y J. L. Framo, págs. 20-50.

## **Biblioteca de psicología y psicoanálisis**

- Mauricio Abad, *El psicoanálisis y la otra realidad* Aída Aisenson Kogan, *El yo y el sí-mismo*
- Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty, *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*
- Carol M. Anderson y Susan Stewart, *Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar*
- M. Ando(f), C. Angelo y otros, *Detrás de la máscara familiar. Un modelo de psicoterapia relacional*
- E. James Anthony y Therese Benedek, comps., *Parentalidad* Didier Anzieu y colaboradores, *Las envolturas psíquicas*
- Michael Argyle, *Análisis de la interacción*
- Piera Aulagnier, *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo*
- Willy Baranger y colaboradores, *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis*
- Silvia Bleichmar, *En los orígenes del sujeto psíquico* Peter Blos, *La transición adolescente*
- Peter Blos, *Los comienzos de la adolescencia*
- Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Lynn Hoffman y Peggy Penn, *Terapia familiar sistémica de Milán*
- Ivan Boszormercyi-Nagy y Geraldine M. Spark, *Lealtades invisibles*
- Denise Braunschweig y Michel Fain, *La noche, el día. Ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental*
- Isabel María Calvo, Frida Riterman y colaboradores, *Cuerpo-Vínculo-Trasferencia*
- Isabel M. Calvo, Frida Riterman y Tessie Calvo de Spolansky, *Pareja y familia. Vínculo-Diálogo-Ideología*
- Piera Castoriadis-Aulagnier, *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*
- Morag Coate, *Más allá de la razón. Crónica de una experiencia personal de locura* Madeleine Davis y David Wallbridge, *Límite y espacio. Introducción a la obra de D. W. Winnicott*
- Robert Desoille, *El caso María Clotilde. Psicoterapia del ensueño dirigido* Robert Desoille, *Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia*
- Alberto Eigure, *El parentesco fantasmático. Trasferencia y contratrasferencia en terapia familiar psicoanalítica*
- R. Horacio Etchegoyen, *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*
- Nicole Fabre, *El triángulo roto. Psicoterapia de niños por ensueño dirigido*
- Joel Fagan e Irma L. Shepherd, comps., *Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica*
- Jean-Baptiste Fages, *Para comprender a Lacan* Paul Federe, *La psicología del yo y las psicosis* Silvia I. Fendrik, *Psicoanálisis para niños. Ficción de sus orígenes* John E. Gedo y Arnold Goldberg, *Modelos de la mente*
- André Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*
- André Green, Pentti Ikonen, Jean Laplanche, Eero Rechartt, Hanna ,legal, Daniel Widlócher y Clifford Yorke, *La pulsión de muerte*
- Harry Guntrip, *El setf en la teoría y la terapia psicoanalíticas*
- Philippe Gutton, *El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas*
- Jay Haley, *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*
- Jay Haley, *Terapia para resolver problemas*
- Jay Hatey, *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*

Jay Haley, Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta  
Jay Haley y Lynn Hoffman, Técnicas de terapia familiar  
René-R. Held, Problemas actuales de la cura psicoanalítica  
Jacques Hochmann, Hacia una psiquiatría comunitaria  
Don D. Jackson, comp., Etiología de la esquizofrenia  
Bradford P. Keeney y Jeffrey M. Ross, Construcción de terapias familiares sistémicas. «Espíritu» en la terapia  
Heinz Kohut, Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad  
Bernardo Kononovich, Psicodrama comunitario con psicóticos  
Léon Kreister, Michel Fain y Michel Soulé, El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia  
Jürgen Kriz, Corrientes fundamentales en psicoterapia  
Ronald D. Laing, Herbert Phillipson y A. Russell Lee, Percepción interpersonal  
Jean Laplanche, Vida y muerte en psicoanálisis  
Jean Laplanche, Problemáticas, vol. 1: La angustia; vol. 2: Castración. Simbolizaciones; vol. 3: La sublimación; vol. 4: El inconciente y el ello; vol. 5: La cubeta. Trascendencia de la transferencia  
Jean Laplanche, Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria  
Serge Lebovici, El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces  
Serge Leclair, Matan a un niño. Ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte  
Claude Le Guen, El Edipo originario  
Jean Lemaire, Terapias de pareja  
Eugénie Lemoine-Luccioni, La partición de las mujeres  
David Liberman y colaboradores, Semiótica y psicoanálisis de niños  
Alfred Lorenzer, Bases para una teoría de la socialización  
Alfred Lorenzer, Crítica del concepto psicoanalítico de símbolo  
Alfred Lorenzer, El lenguaje destruido y la reconstrucción psicoanalítica  
Alfred Lorenzer, Sobre el objeto del psicoanálisis: lenguaje e interacción  
Cloé Madanes, Terapia familiar estratégica  
Henry W. Maier, Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears  
David Maldivsky, El complejo de Edipo positivo: constitución y transformaciones  
David Maldivsky, Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones  
Pierre Mâle, Alice Doumic-Girard y otros, Psicoterapia de la primera infancia  
Octave Mannoni, La otra escena. Claves de lo imaginario  
Peter A. Martin, Manual de terapia de pareja  
Gérard Mendel, Sociopsicoanálisis, 2 vols.  
George A. Miller, Lenguaje y comunicación  
Roger Misés, El niño deficiente mental  
Arnold H. Modell, El psicoanálisis en un contexto nuevo  
B. Montalvo, Marta B. Isaacs y David Abelson, Divorcio difícil. Terapia para los hijos y la familia  
Augustus Y. Napier y Carl A. Whitaker, El crisol de la familia  
Juan David Nasio, comp., El silencio en psicoanálisis  
Juan David Nasio, Los ojos de Laura. El concepto de objeto a en la teoría de J. Lacan  
Herman Nunberg, Principios del psicoanálisis. Su aplicación a las neurosis  
Pacho O'Donnell, Teoría y técnica de la psicoterapia grupal  
Gisela Pankow, El hombre y su psicosis  
Irving H. Paul, Cartas a un joven terapeuta (Sobre la conducción de la psicoterapia)  
Jean Piaget, Paul Ricoeur, René Zazzo y otros, Debates sobre psicología, filosofía y marxismo Erving y Miriam Polster, Terapia gestáltica Susana E. Quiroga, comp., Adolescencia: de la metapsicología a la clínica Ginnette Raimbault, Pediatría y psicoanálisis Michele Ritterman, Empleo de hipnosis en terapia familiar Carl R. Rogers, Grupos de encuentro Carl R. Rogers, Barry Stevens y colaboradores, Persona a persona Clifford J. Sager Contrato matrimonial y terapia de pareja Isca Sulzberger-Wittenberg, La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano Sami-Ali, El espacio imaginario Sami-Ali, Lo visual y lo táctil. Ensayo sobre la psicosis y la alergia Iruri n G. Sarason, comp., Ciencia y teoría en psicoanálisis Thomas J. Scheff, El rol de enfermo mental William C. Schutz, Todos somos uno- La cultura de los encuentros María E. Sirlin, Una experiencia terapéutica. Historia

de un grupo de niños de 5 años Leonard Snull, Psicoterapia y neurología. Problemas de diagnóstico diferencial Ros.s V. Speck y Carolyn L. Attneave, Redes familiares Thomas S. Szasz, El mito de la enfermedad mental Thomas S. Szasz, Ideología y enfermedad mental Frances Tustin, Barreras autistas en pacientes neuróticos Carter C. Umbarger, Terapia familiar estructural Denis Vasse, El ombligo y la voz. Psicoanálisis de dos niños Earl G. Witenberg, comp., Exploraciones interpersonales en psicoanálisis Roberto Yañez Cortés, Contribución a una epistemología del psicoanálisis Jeffrey K. Zeig, Un seminario didáctico con Milton H. Erickson

#### Obras en preparación

Nadine Amar, Gérard Bayle e Isaac Salem, Formación en psicodrama analítico Patrick Casement, Aprender del paciente André Greene, De locuras privadas Edith Jarobson, Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas Sylve le Poulichet Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo Carl "itaker De la psique al sistema. Jalones en la evolución de una terapia: escritos compilados por John R. Neill y David P. Kniskern

Obras completas de Sigmund Freud

Nueva traducción directa del alemán, cotejada por la edición inglesa de James Strachey (Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud), cuyo ordenamiento, prólogos y notas se reproducen en esta versión.

Presentación: .Sobre la versión castellano

1. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida (le Freud (1886-1899)
2. Estudios sobre la histeria (1893-1895)
3. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)
4. La interpretación de los sueños (I) (1900)
5. La interpretación de los sueños (II) y Sobre el sueño (1900-1911)
6. Psicopatología de la vida cotidiana (1901)
7. "Fragmento de análisis de un caso de histeria" (caso "Dora"). Tres ensayos sobre la teoría sexual, y otras obras (1901-1905)
8. El chiste y su relación con lo inconsciente (1905)
9. El delirio y los síntomas en la "Gradiva" de W. Jensen, y otras obras (1906-1908)
10. "Análisis de la fobia de un niño de cinco años" (caso del pequeño Hans) y "A propósito de un caso de neurosis obsesiva" (caso del "Hombre de las Ratas") (1909)
11. Cinco conferencias sobre psicoanálisis, Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci, y otras obras (1910)
12. "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente" (caso Schreber), Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)
13. "Totipotencia y tabú, y otras obras (1913-1914)
14. "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916)
15. Conferencias de introducción al psicoanálisis (partes I y II) (1915-1916)
16. Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917)
17. "De la historia de una neurosis infantil" (caso del "Hombre de los Lobos"), y otras obras (1917-1919)
18. Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922)
19. El yo y el ello, y otras obras (1923-1925)
20. Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los niños ejercer el análisis?, y otras obras (1925-1926)
21. El porqué de una ilusión, El narcisismo en la cultura, y otras obras (1927-1931)
22. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936)

23. Moisés y la religión monoleísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939)
24. Indices y bibliografías