

LA EVOLUCION HISTORICA DEL PARADIGMA DE CARL ROGERS Y LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE: DE LA ACTITUD NO-DIRECTIVA A LA ACTITUD EXPERIENCIAL

Germain Lietaer

Director del Centro de Counseling

Universidad Católica de Lovaina, Bélgica

This article describes the historical evolution experienced by the Carl Rogers' paradigm of psychotherapy from the beginning to nowadays. Particularly the process of transformation from a «non-directive approach» to an «experience oriented approach» is outlined here as the main axis of this evolution.

Key words: Client-centered psychotherapy; experiential psychotherapy; nondirectiveness; unconditional positive regard.

INTRODUCCION

Hace cincuenta años la terapia centrada en el cliente nació con la divisa de la no-directividad como estrella. Esta clave de su identidad se ha convertido desde entonces en punto de debate y aun el día de hoy sigue surgiendo la discusión ocasionalmente acerca de su importancia y su significado preciso o exacto (por ejemplo, Brodley, 1990, 1995). Espero contribuir con este artículo a la clarificación y quizás a mitigar en parte la controversia que rodea el concepto de no-directividad. Trataré de:

- definir claramente el concepto de directividad (con frecuencia se dan sentidos divergentes),
- describir cómo la terapia centrada en el cliente ha ido evolucionando en la práctica de una terapia «no-directiva» a una terapia «orientada a la experiencia» (en realidad, diversas discusiones revelan que, aun entre los que practican este enfoque, a menudo se desconoce esta evolución),

- explorar ulteriormente el proceso de refuerzo selectivo en la terapia centrada en el cliente (acerca de lo cual algunas veces se ofrecen opiniones simplistas).

1. DIRECTIVIDAD VERSUS MANIPULACIÓN

Comenzaremos nuestro intento de definir el concepto de directividad puntualizando lo que **no** debe confundirse con él. Pensadores de otras escuelas han subrayado el hecho de que es imposible «no-influir» y por consiguiente que no puede existir la terapia no-directiva. De ahí se sigue que «una mínima estructura» influye en la secuencia del proceso actual tanto como un enfoque claramente estructurado. Estamos obligados a influir y de hecho es lo que pretendemos: como terapeutas esperamos producir un impacto en el proceso del cliente. De inmediato el concepto de directividad se relaciona algunas veces con la diferencia entre autotratamiento y «estar en tratamiento». Pero entonces, ¿no es toda psicoterapia en esencia autotratamiento? Así la terapia conductista apela constantemente a la propia actividad del cliente: aunque pueda prescribirse un método específico, queda bajo la responsabilidad del cliente el seguir las medidas que se le proponen y hacer su «trabajo para casa». Por último, con frecuencia se asocia la directividad con la contradicción entre establecer una relación como un experto o establecerla como un igual. Creemos que en este ejemplo se confunde igualdad con ser igualmente valioso. Cliente y terapeuta pueden desde luego ser igualmente valiosos, pero no participar como iguales en la relación. Hay una disposición de roles, por la cual es tarea del terapeuta facilitar el proceso de cambio del cliente y no viceversa. Esto disminuye la reciprocidad en una relación terapéutica y tiende a una desigualdad estructural. Algunos terapeutas centrados en el cliente mas bien sienten rechazo a la noción de «experto». ¿Pero no es la realidad que pasan por un entrenamiento intensivo, esperando convertirse en expertos que ofrecen las «condiciones terapéuticas?» ¡Un entrenamiento en el que aprenden a empaparse como expertos del proceso en el mundo experiencial del cliente, a meterse en las propias experiencias e impresiones de él de una manera constructiva y a usar conceptos clínicos y técnicas repletas de experiencia con maestría!

Considerada en sus aspectos positivos, creemos que la palabra directividad hace referencia a respuestas e intervenciones orientadas a la tarea del terapeuta. La teoría y la investigación respecto a la contribución del terapeuta (Bierman, 1969) generalmente comprenden dos dimensiones básicas que en realidad están muy interrelacionadas. La dimensión horizontal se refiere a la cualidad del contacto. Este polo positivo de la dimensión se caracteriza por actitudes y conductas que realzan la relación, tales como: dedicación, respeto, afirmación, aceptación, integridad, calidez y empatía. Existe también una dimensión vertical que hace referencia al instrumental del terapeuta, respuestas e intervenciones orientadas a la tarea y, más generalmente, a la manera cómo él o ella dispone y conforma el proceso terapéutico. Esta dimensión vertical comprende una gran cantidad de actividades, intervencio-

nes y procedimientos, que pueden o no pueden o sólo pueden en una cierta medida -que depende de la orientación terapéutica y de la personalidad del terapeuta y de los problemas del cliente- ser parte del potencial del terapeuta. Así vemos diferencias substanciales en las formas de abordaje, en la presencia o ausencia de fines o metas concretamente formulados, en la frecuencia y extensión de las respuestas, en el uso de procedimientos específicos, en la frecuencia y contenido de las interpretaciones, en el uso de confrontaciones y feedback, en el reflejo y evocación de sentimientos, en el dar explícitamente información y consejo... Por consiguiente, la directividad es un concepto pluridimensional y así tiene poco sentido desear saber si un terapeuta es o no directivo. Sólo tiene sentido el ver **de qué manera** se es directivo u orientado a la tarea. No existe ninguna coloración negativa en relación con esta dimensión vertical muy polifacética: no se interpone en el camino de una relación óptima (como lo muestran estudios analítico-factoriales: Gurman 1977, Lietaer 1989). Lo que puede variar en gran medida es el grado de pericia del terapeuta y el grado en el que el método empleado corresponda a las expectativas del cliente respecto a lo que es provechoso.

Con todo tenía buenas razones Rogers -y otros con él- en advertir con tanta energía contra la manipulación y haber subrayado la responsabilidad personal de los clientes, su «poder personal» y su derecho a vivir conforme a sus propios puntos de vista (Rogers, 1977). Sin embargo es éste un nuevo factor -el peligro de control externo- lo que Rogers distinguió siempre del influenciar (Rogers & Skinner, 1956). En realidad, el control y la manipulación remite al aspecto ético-formal, inherente a nuestras acciones. Casi todas las intervenciones orientadas a la tarea pueden expresarse y realizarse con respeto a la autonomía y libertad del cliente. También pueden imponérsele o introducirse como manipulación no deseada e inadvertida (Coghland & McIlfuff, 1990). Lo mismo puede decirse de la dimensión horizontal: puede emplearse mal la empatía y la «calidez» del terapeuta puede llegar a ser desastrosa para el cliente, cuando se le ofrece desde la necesidad personal del terapeuta y la regla básica centrada en el cliente de mantenerse en contacto con la sensación sentida («felt-sense») del cliente en todo lo que le ofrecemos como terapeutas, es de esperar que asegure contra tales formas de manipulación. En cualquier caso, esas medidas aumentan las posibilidades del influyente proceso, que suele ser la terapia, cuando el cliente la respalda y la hace propia.

2. DE LA NO-DIRECTIVIDAD A LA ORIENTACIÓN A LA EXPERIENCIA.

2.1. Fase inicial: el énfasis en la no-directividad.

¿Qué buscaba Rogers al principio con el carácter no-directivo de su método terapéutico? Fue una reacción contra la orientación directiva de su tiempo, que usaba métodos «autoritarios» tales como prohibir, ordenar, aconsejar, interpretar, sugerir, reafirmar y persuadir (Rogers, 1942, págs. 130-145). También se manifestó escéptico en relación al psicoanálisis (o al menos a algunos de sus excesos): a veces

tropezó con psicoanalistas demasiado fascinados por sus propias teorías y consecuentemente escuchándose más a sí mismos que a sus clientes. Gradualmente su experiencia práctica en la Rochester Guidance Clinic le llevó a abandonar el modelo «prescriptivo-diagnóstico», propio de su tiempo. Describe el siguiente incidente que le llevó a lo que quizá pueda verse como la primera versión de la terapia centrada en el cliente:

«Una madre inteligente trajo a la clínica a un hijo suyo con un comportamiento seriamente desajustado. Yo le hice la historia a ella. Otro psicólogo recibió y atendió al muchacho. En una reunión conjunta decidimos que el problema central radicaba en el rechazo de la madre hacia su hijo. Yo trabajaría con ella este problema. El otro psicólogo trataría al hijo con terapia de juego. Entrevista tras entrevista intenté -mucho más delicada y gentilmente ahora, como resultado de mi experiencia- ayudar a la madre a que viera el meollo de su rechazo y los resultados que producía en su hijo. Todo resultó inútil. Después de unas doce entrevistas le dije que pensaba que ambos habíamos trabajado, pero sin llegar a nada, y que probablemente deberíamos abandonar el trabajo. Accedió. Entonces, cuando estaba abandonando mi despacho, se volvió y me preguntó: ¿Recibe usted aquí adultos para tratamiento? Confundido, le respondí que a veces lo hacía. Entonces volvió al asiento que acababa de abandonar y empezó a contarme una historia acerca de las profundas dificultades entre ella y su marido y su gran deseo de recibir algún tipo de ayuda. Me quedé de piedra. Lo que me estaba diciendo no se parecía nada a la clara historia que había dibujado de ella. Apenas sabía qué hacer, pero predominantemente me limité a escuchar. De hecho, después de otras muchas entrevistas, no sólo mejoró su relación conyugal, sino desapareció el problema de conducta de su hijo, a medida que ella se volvió una persona más libre y real... Esto significó un aprendizaje vital para mí. Yo había seguido 'su' camino e iniciativa más que los míos. Precisamente yo había 'escuchado' en lugar de procurar empujarla a la comprensión de un diagnóstico que yo ya había conseguido». (Rogers, 1980, págs. 36-37)

A partir de ésta y otras experiencias Rogers aprendió una importante lección: para proporcionar una ayuda efectiva, el terapeuta tiene que establecer contacto con el problema tal como lo experimenta el cliente y seguir al cliente dentro de su propio marco de referencia. ¡No es el terapeuta, sino el cliente el que conoce lo mejor! Esto se convirtió de inmediato en un principio básico de la terapia centrada en el cliente: «... el terapeuta centrado en el cliente busca centrarse en el 'mundo fenoménico inmediato' del cliente. Pues cree que donde están las dificultades del cliente es en confusiones y contradicciones dentro de ese mundo» (Rogers, 1966, pág. 191). Central en relación con este axioma es la naturaleza que **impregna** su mandato terapéutico.

«Todos los enfoques terapéuticos naturalmente se interesan y se centran en el cliente, y en este sentido podría pensarse y hablarse de centramiento en el cliente. Pero el término ‘centrado en el cliente’ tiene, para nuestro grupo, un sentido y significado técnico a menudo no aclarado. Muchos sistemas terapéuticos consideran la consecución de una comprensión empática del mundo privado del cliente sólo como algo preliminar al trabajo real del terapeuta. Para estos terapeutas llegar a comprender el universo fenoménico del cliente es más bien similar a hacer una historia clínica; es un primer paso. Por el contrario, el terapeuta centrado en el cliente busca permanecer dentro de este mundo fenoménico a lo largo de todo el curso de la terapia y defiende que salirse de él -ofreciendo interpretaciones externas, dar consejo, sugerir, juzgar- sólo retrasa la ganancia y el progreso terapéutico». (Ibidem, pág. 190).

Hay que advertir que esta regla básica no nació de una «preferencia por la democracia», sino de una necesidad terapéutica. Por consiguiente, en un principio el énfasis se puso ampliamente en lo que no estaba permitido y en una cantidad de prescripciones no directivas, orientadas a prevenir al terapeuta de intervenir a partir de su propio marco de referencia. Gendlin anota algunas de ellas (1970, págs. 547-549): *«No interpretar... no responder a las preguntas del cliente...no expresar la propia opinión... si estás desconcertado por algo, no expresarlo... si sientes un fuerte agrado y aprecio hacia el cliente, no mencionarlo... Si hay algo acerca de lo cual piensas que debería hablar, olvídalo... si está callado, debes permanecer también callado...»* Todas estas prescripciones apuntan siempre a no apartar al cliente de su propia senda experiencial y a no hacerle dependiente del terapeuta. Vemos, por ejemplo, cómo Tomlinson y Whitney describen por qué no ayudan intervenciones que apoyan y confortan:

«Apoyo es probablemente la respuesta mejor intencionada de las que no favorecen al crecimiento. El dar apoyo suele seguir por lo general a alguna manifestación de dolor por parte del cliente, al cual el terapeuta intenta manifestar su comprensión o simpatía a través de constataciones de este tipo: ‘Es verdad, yo he sentido eso mismo en el pasado’ o ‘vamos, no deberías sentir eso, yo pienso que eres una buena persona’ o ‘no te sientas mal, eso le pasa a mucha gente’. El objetivo de todas estas expresiones es aliviar el dolor, reduciendo la seriedad o singularidad de la queja. Sin embargo, el motivo del que busca esta forma de aliviar el dolor no es tan altruista como podría parecer, y a la larga él o ella pueden con su apoyo perjudicar más que ayudar.

El sentido no manifiesto expresado en un mensaje de apoyo es que el comunicante se vuelve tan ansioso por las dolorosas quejas del cliente que él o ella no pueden tolerar su expresión, y debe reducirla de alguna manera, es decir, el terapeuta se siente tan incómodo al percibir el dolor

*del cliente que él o ella es movido/a a aliviarlo por medio de apoyar un punto de vista **contrario** al del cliente. Así el motivo para el apoyo no es tanto hacer bien al otro cuanto reducir la propia ansiedad generada por su sufrimiento. Suele añadirse la presunción de que la persona o bien es demasiado débil para soportar el sufrimiento sin ayuda o es débil para padecer ese sufrimiento. El apoyo con frecuencia lleva y comunica el mensaje implícito de que la experiencia de la otra persona es de menor o poca importancia, puesto que 'yo he padecido algo como eso o peor'. Cuando la respuesta a sentimientos de dolor es la de 'Usted no debería sentirse así...' el mensaje es de nuevo que los sentimientos expresados o son malos o no importantes.*

Cualquiera que sea el efecto de dar apoyo, el resultado importante y que debilita es que no se permite al cliente ni expresar, ni explorar plenamente y apropiarse el sufrimiento' (Tomlinson y Whitney, 1970, pág. 461).

2.2. La orientación a la experiencia

Aun cuando estas normas no directivas encierran (todavía) mucha verdad, sin embargo su expresión dogmática quitaría innecesariamente a los terapeutas «libertad de acción» y les reduciría demasiado a menudo a adoptar una posición meramente receptiva y de espera. La no-directividad se ha confundido algunas veces con inactividad e intervenciones activo-directivas, que nacían del marco de referencia del terapeuta, se veían y consideraban con una cierta precipitación como manipulaciones. Sin embargo esto cambió entre 1955 y 1962 (ver Lietaer 1993, págs. 32-34; Van Balen, 1990). Su trabajo con esquizofrénicos, así como su contacto con la rama existencial de la Psicoterapia americana (Truax & Carkhuff, 1967) incitó gradualmente a terapeutas centrados en el cliente a definir la contribución del terapeuta en términos positivos; lo prohibido empezó a desaparecer, convirtiéndose sólo en algo básico, y centró la atención lo realmente importante: «maximizar el proceso experiencial del cliente, utilizando para hacerlo nuestra individualidad» (Gendlin, 1970, pág. 549). Así la terapia centrada en el cliente evolucionó de «no-directiva» a «experiencial» (Gendlin, 1968) y las intervenciones provenientes del marco de referencia propio del terapeuta ya no se siguieron viendo como fundamentalmente malas.

Como resultado de esto (la mayoría) de los terapeutas centrados en el cliente han perdido la fobia a la directividad; ya no se sienten incómodos describiendo su trabajo como un proceso que influye activamente, en el que respuestas e intervenciones orientadas a la tarea se usan para estimular o incluso para dar un impulso al proceso experiencial que desarrolla el cliente. Han aprendido a tomar la iniciativa de una forma activa como expertos del proceso, sin deslizarse a la manipulación y el control autoritario. Esto se hace conforme al principio básico de guardar el experimentar del cliente como un punto continuo de referencia para todas las

respuestas e intervenciones del terapeuta: el terapeuta puede entonces usar su propio marco de referencia como punto de partida en tanto que él o ella mantengan un continuo retorno al camino experiencial del cliente, permaneciendo de forma receptiva en contacto con la respuesta del cliente a las intervenciones y aportando respuestas para referirse a lo que expresa el cliente. las antiguas reglas no-directivas pueden así transgredirse de una manera experiencial. Dos ejemplos:

«Solemos decir los terapeutas ‘no expresas tu propia opinión’. Ahora bien, si se me pregunta acerca de ello, casi siempre expreso mi opinión, más bien brevemente, pero mostrando con exactitud los pasos del pensamiento que estoy siguiendo. Entonces digo, ‘pero eso no es probablemente lo que a usted se le ajusta, porque usted es una persona diferente y además, probablemente usted ya pensaba acerca de ello de otra manera y lo que le digo no le hace efecto’. Y así vuelvo a conducirlo a su propio camino. (Naturalmente, el cliente podría tener todo tipo de sentimientos acerca del hecho de que yo tenga la opinión que tengo, pero también podemos explorar eso, si él lo expresa y me permite sentir estas reacciones respecto a él. También esto será de nuevo su proceso y procuraremos respondernos mutuamente con honestidad en referencia a su proceso y a los pasos que siente concretamente» (Gendlin, 1970, pág. 548).

«Nuestros clientes no tienden a experimentar ningún intento manipulativo o controlador por parte nuestra, si nosotros ofrecemos, sea de la forma que sea (por ejemplo, ejercicios, estrategias, herramientas y técnicas, información, estructuras) lo que proviene de nuestra comprensión de sus necesidades individuales y lo hacemos de una forma que comunica claramente que ‘eso es una opción que usted puede desear considerar» (Cain, 1989, pág. 131).

Aunque acabamos de conceder pleno derecho a intervenciones de acuerdo con las «observadas», nuestra orientación terapéutica centrada en el cliente guarda sin embargo un matiz no-directivo. ¿O diremos: un matiz homeopático (Riebel, 1984; Schott, 1990)? Entendemos por ello que los terapeutas centrados en el cliente ven el ser humano como proactivo y tendente a su autorrealización y que desean dejar el mayor espacio posible a su tendencia a la actualización. A pesar de críticas teóricas (Eisenga & Vrjngaarden, 1991) y de diferencias substanciales entre terapeutas centrados en el cliente, el método terapéutico centrado en el cliente parece seguir siendo más un método de los que sigue y acompaña que no uno de los que dirige y parece mostrar gran respeto por lo que se pueda desarrollar «**desde dentro**» (Gendlin, 1990). Rogers ha considerado siempre la psicoterapia como removiendo obstáculos y permitiendo así a la propia fuerza dinámica de la persona volver de nuevo a su plenitud. Su idea básica ha sido siempre que la tarea principal del terapeuta consiste en crear un clima de seguridad en el que el cliente pueda entrar en contacto con su experiencia interna. Esta reducción del miedo interpersonal y ese

aumento de la concentración interior (Rice, 1974, pág. 302) permite al cliente profundizar dentro de su propia experiencia. Comienza un «**proceso autopropulsor**» que conduce a una autoconfrontación y reorganización.

En la práctica actual, esta actitud homeopática se manifiesta en una mínima estructuración del proceso terapéutico y en una búsqueda constante de conectar con el compás interior del cliente: su experiencia organísmica. Los terapeutas centrados en el cliente no asumen el rol de director y de ninguna manera el de un gurú. Su confianza en el proceso les hace muy receptivos a lo que viene de dentro y les hace optar por una abierta auto-exploración, en la que la forma y dirección se origina ampliamente (pero, en mi opinión, no exclusivamente) en el cliente. A Rogers le gustaba citar la vieja descripción de un buen líder, que hacía Lao-Tse hace veinticinco años:

«Pero de un buen líder, que habla poco, que realiza su trabajo, que cumple sus objetivos todos diremos: lo hicimos nosotros». (Rogers, 1980, pág. 42)

3. ENFOQUE EXPERIENCIAL: ¿SIMPLEMENTE UN REFUERZO SELECTIVO FORMAL?

Estar **orientado** a la experiencia implica refuerzo selectivo. Rogers y otros terapeutas centrados en el cliente lo admiten demasiado libremente. No toda constatación del cliente recibe igual atención. Procuramos siempre movernos de lo narrativo a los sentimientos, del nivel teórico-abstracto a lo que es experimentado actualmente. Rogers escribe a este respecto acerca de sus intervenciones en un grupo de encuentro (1970, págs. 50-51):

*«No hay duda de que yo soy selectivo en mi escuchar, por tanto ‘directivo’ si la gente desea acusarme de eso. Yo me centro en el miembro del grupo que está hablando e incuestionablemente estoy mucho menos interesado en los detalles de la discusión con su esposa, o de sus dificultades en el empleo, o su desacuerdo con lo que se acaba de decir, que en el **sentido** que estas experiencias tienen ahora para él y los **sentimientos** que despiertan en él. Es a estos significados y sentimientos a los que trato de responder».*

Por consiguiente existe un modo formal de directividad del proceso, que llega a un refuerzo de la experiencia del cliente. Además apoyamos a nuestros clientes en la medida que evolucionan hacia un modo de vida más orientado desde la experiencia. Menos estrechamente vinculado a normas externas, que emprende acciones hacia una mayor autonomía, que se atreven a arriesgarse más personalmente en las relaciones -en resumen, cuando cambian en la dirección de nuestro concepto de la «persona que funciona plenamente» (Rogers, 1963).

Sin embargo queda pendiente la cuestión de si nosotros también reforzamos selectivamente **dentro** de la misma experiencia, si nuestra directividad se orienta también al contenido. Rogers espera que no sea así. Cree que se luce como terapeuta cuando cualquier sentimiento del cliente es bienvenido, cuando se «premia» al

cliente a través de la terapia por **cada** expresión de sí mismo, cualquiera que sea el contenido del sentimiento (Rogers y otros, 1967, pág. 519). También, cuando por ejemplo un cliente se retrae o decide dejar la terapia por miedo a lo que pueda ocasionarle, o recae en modos de conducta anteriores, y así sucesivamente... en tales momentos la mejor manera de poder ayudar a nuestros clientes es aceptando donde ellos se encuentran ahora, enfocando y explorando más en profundidad lo que experimentan **ahora**. Otro aspecto de esta no directividad con respecto al contenido experiencial se halla en el hecho de que en la terapia centrada en el cliente no hay una estrategia preliminar o un plan para la terapia. Más bien, se considera que la terapia es una aventura de momento a momento, en la que no es necesario que el terapeuta comprenda de antemano el núcleo del problema del cliente (Rogers y otros, 1967, pág. 509). Por el contrario, contamos con el presupuesto de que lo que es realmente importante para el cliente aflorará en la terapia. La única instrucción que nos damos es la de seguir lo más receptivamente posible la corriente experiencial de nuestro cliente. Ni el terapeuta ni el cliente sabe de antemano a dónde les llevará. Así, no tenemos nada “proyectado”, ni hemos decidido con anterioridad que **deben** explorarse determinados contenidos.

Muchos más en línea con esta no-directividad y receptividad en lo que se refiere al contenido, Rogers enfatiza su credulidad (Rogers & Wood, 1974, pág. 232): no escucha el relato del cliente con sospecha, preguntándose interiormente si el cliente está procurando ocultar algo. Es perfectamente consciente de que el cliente no habla siempre “todo en verdad”, pero encuentra que tomar en serio lo que el cliente es capaz de decir **ahora** es el mejor camino de invitarle a llegar a ser más auténtico. Por otra parte, no trata de eludir experiencias penosas. Tiene la confianza básica de que todo acontecerá bien y se declara preparado «para sumergirse en las profundidades de terror con este cliente y confía que ellos saldrán a la superficie. Encaro lo desconocido en mi cliente y en mí mismo sin una completa seguridad de un resultado positivo, pero confiando en que éste se dará» (Rogers y Wood, 1974, pág. 231). Esta «confianza incondicional» (Harman, 1990) pone de relieve que la terapia centrada en el cliente no se pone a cubierto: no se evita lo que vive el cliente, por más penoso y productor de angustia que pueda ser. No unmentionables”, como apunta Gendlin:

«Sólo tengo la elección de dejarle solo con ello, o acompañarle interactivamente en sus sentimientos... A menudo el paciente hace referencia a algo infando, porque eso ‘no puede soportarse’, no puede tolerarse -por ejemplo, ‘que no les caiga bien’, o ‘que estoy loco’ o ‘que no le guste al terapeuta’ o ‘que soy repugnante’, etc. Ayuda que yo diga estas cosas con firmeza. El paciente está en esta situación inmóvil. No ha sido destrozado. Yo lo parafraseo con un ‘quizás’ de tal manera que podemos volver atrás si es necesario. Yo digo, casi en un susurro, ‘Quizás usted está terriblemente asustado de que esté realmente loco’. O, ‘quizás no le

entiendo del todo' o quizás usted es demasiado feo para gustar a alguien'. Normalmente el resultado es un alivio. Yo respeto al paciente, no la trampa en la que está cogido» (Gendlin, 1967, pág. 397).

Cuando hablamos acerca de refuerzo selectivo, distinguimos claramente entre proceso formal y contenido. Esta distinción nos permite comentar de manera más matizada los estudios de Murray (1956) y Truax (1966) acerca del grado en el que Rogers «condiciona verbalmente» (ver también: Lieberman, 1969a, 1969b; Truax, 1969; Wachtel, 1979). Nuestro análisis personal de sus hallazgos (Lietaer, 1984 págs. 52-53) indica que la selectividad empleada en ese caso es esencialmente una selectividad formal, en favor de la experiencia, y que resalta y pone de relieve la receptividad al contenido específicamente experiencial. Así, Rogers no aparece reaccionando más empáticamente o con mayor aceptación a cuanto más aporte el cliente, por ejemplo contenido positivo o baja ansiedad, sino que muestra más empatía y aceptación cuando el proceso autoexploratorio demuestra un alto nivel de compromiso. Sin embargo, esta receptividad al contenido sigue siendo siempre una alta disposición. Nuestra propia personalidad y nuestras partes ciegas pueden a veces impedirnos advertir ciertos aspectos o tipos de contenido experiencial en nuestros clientes o requerir que no los toquemos, porque realmente no nos atrevemos a confrontarlos. Además nuestro entrenamiento dentro de una determinada orientación terapéutica puede agudizar o embotar nuestra sensibilidad a ciertos aspectos o tipos de contenido experiencial. Esto se muestra, por ejemplo, en las reacciones de algunos terapeutas de orientación psicoanalítica y existencial a fragmentos de tres terapias tenidas con esquizofrénicos. Truax y Carkhuff (1967, pág. 503) resumen así sus comentarios:

«... Particularmente llamativa fue la observación hecha por casi todos los teóricos acerca de que el proceso de la terapia centrada en el cliente evita de algún modo las expresiones esperadas y usuales del paciente de sentimientos negativos, hostiles o agresivos. La clara implicación es que el terapeuta centrado en el cliente por alguna razón parece menos abierto a recibir sentimientos negativos, hostiles o agresivos. ¿Se debe a que estos terapeutas tienen poco respeto o comprensión hacia sus propios sentimientos negativos, hostiles o agresivos, y así son incapaces de captar y recibir esos sentimientos del mundo del paciente? ¿Simplemente 'no creen' en la importancia de los sentimientos negativos?» (1967, pág. 503).

Hay que añadir que nuestro concepto del funcionamiento psíquico óptimo y nuestro concepto del ser humano influirá inevitablemente en nuestras respuestas e intervenciones. Y en este punto, selectividad formal y de contenido casi coinciden. Advertimos, por ejemplo, cómo Rogers llegó gradualmente a un concepto muy concreto de «la persona de mañana, vanguardia de una sosegada revolución» (1977, págs. 255-282; 1980, págs. 348-352). En este concepto, la independencia y la autorrealización individual obviamente cuentan más que la interdependencia y la

solidaridad. Algunos terapeutas centrados en el cliente indican el juicio de valor que esto encierra y el carácter, ligado a la cultura, de ese concepto (Pfeiffer, 1989; Holdstock, 1990; Eisenga & Wijngaarden, 1991) y el mismo Rogers fue consciente de ello (1979). En cualquier caso, los terapeutas tienen sus «ideales». Sin embargo, nosotros suponemos que el **modo en el que** los terapeutas usan su influencia es más importante en este contexto que la distinción entre selectividad formal y de contenido; lo crucial es el carácter **no-impositivo** de lo que hace el terapeuta, sea lo que sea. Un terapeuta suficientemente íntegro, que es capaz de dejar de lado durante la terapia sus propios valores, un terapeuta que chequea continuamente sus (directivas y acompañantes) respuestas e intervenciones con la experiencia del cliente, no se arriesgará a meterse a condicionar ciegamente en el sentido manipulativo del término, sino se situará con firmeza dentro de un proceso de influencia mutuamente deseado, que tiene lugar lo más conscientemente posible y en el que el cliente siempre tiene la última palabra.

4. CONCLUSIÓN

Por todo lo dicho debería quedar claro que no puede identificarse directividad con control externo o «entrega a la autoridad». Es posible para un terapeuta ser directivo en relación con el proceso de un modo verbalmente dialogante y democrático. Ofrecer las actitudes «rogerianas» y centrarse en el mundo experiencial del cliente -que son para mí los aspectos nucleares del paradigma experiencial- sumerge dentro de un proceso de un enorme influjo, tal como lo ha mostrado abundante investigación (por ejemplo, Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994; Orlinski, Poks & Grawe, 1994); en todo caso, dándose lo mejor, es siempre un proceso en el que la conciencia orgánica de la persona funciona como guía definitiva y última. Por consiguiente, espero que «el imposible concepto de no directividad» -; que Rogers ya abandonó en 1951!- desaparecerá como un «problema candente» dentro de nuestro paradigma y que prevalecerá una actitud de tolerancia y hasta de aceptación en cuanto a la variedad en el grado y tipo de directividad del proceso. Con Warner (1993) estoy convencido de que son aceptables y posibles diferentes niveles de intrusividad dentro de un modo de psicoterapia experiencial interactivo y no-impositivo. El nivel de elección depende de muchas variables, tales como la personalidad y la «historia de entrenamiento» del terapeuta, la fase de la terapia, el tipo de problema del cliente, la especificidad del proceso en marcha. Utilizar el conocimiento diagnóstico o proponer ciertos procedimientos, todo puede formar parte de nuestro trabajo diferenciado con clientes, con tal de que permanezcamos constantemente en contacto con su camino experiencial (Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Gendlin, 1996), y en tanto usemos esos procedimientos o conocimiento sólo como herramientas, no como «el pez, sino como la caña de pescar» (Gendlin, 1974, pág. 243).

El presente artículo intenta delinear la evolución histórica que ha seguido el paradigma de Carl Rogers desde sus inicios hasta nuestros días. Para ello se propone particularmente describir el proceso seguido por este paradigma desde la práctica de una terapia «no-directiva» a una terapia «orientada a la experiencia».

Palabras clave: Terapia centrada en el cliente; terapia experiencial; no-directividad; aceptación positiva incondicional.

Traducción: Javier Ortigosa Perochena

Referencias bibliográficas:

- BIERMAN, R. (1969) Dimensions of interpersonal facilitation in psychotherapy and child development. *Psychological Bulletin*, 72, 338-352.
- BRODLEY, B. T. (1990) Client-centered and experiential: Two different therapies? En: G. Lietaer, J. Rombauts, y R. Van Balen (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (págs. 87-107). Lovaina: Universitaire Press. Leuven.
- BRODLEY, B. T. (1995) Meanings and implications of the nondirective attitude in client-centered therapy. Manuscrito no publicado, Illinois School of Professional Psychology, Chicago.
- CAIN, D. (1989) The paradox of nondirectiveness in the person-centered approach. *Person-centered Review*, 4, 123-131.
- EISENGA, R. & WIJNGAARDEN, H. (1991) Het mensbeeld van de cliëntgerichte therapie. En: H. Swildens, O. De Haas, G. Lietaer, y R. Van Balen (eds.) *Leerboek gesprekstherapie* (pág. 251-264). Amersfoort/Lovaina: Acco.
- GENDLIN, E. T. (1967) Therapeutic procedures in dealing with schizophrenics. En: C.R. Rogers et al. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*. (págs. 369-400). Madison: University of Wisconsin Press.
- GENDLIN, E. T. (1968) The experiential response. En: E. F. Hammer (ed.) *Use of interpretation in therapy: Technique and art* (págs. 208-227). Nueva York: Grune & Stratton.
- GENDLIN, E. T. (1990) Los pasos del proceso terapéutico: cómo surgen y cómo ayudarles a que surjan. En: C. Alemany, (ed.) (1997) *Psicoterapia experiencial y Focusing. La aportación de E. T. Gendlin*. Desclée de Brouwer, cap. 29.
- GREENBERG, L. R., RICE, L. N., ELLIOTT, R. (1993) *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford.
- GREENBERG, L. S., ELLIOTT, R., LIETAER, G. (1994) Research on experiential psychotherapies. En: A.E. Bergin & S.L. Garfield, *Handbook of psychotherapy & behavior change* (págs. 509-539). Nueva York: Wiley.
- GURMAN, A. (1977) The patient's perception of the therapeutic relationship. En: A. Gurman & A. Razin, *Effective psychotherapy: A handbook of research* (págs. 503-543). Nueva York: Pergamon
- HARMAN, J. J. (1990) Unconditional confidence as a facilitative precondition. En: G. Lietaer, J. Rombauts y R. Van Balen (eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (págs. 251-268). Lovaina: Universitaire Press. Leuven.
- HOLDSTOCK, L. (1990) Can client-centered therapy transcend its monocultural roots? En: A. Gurman & A. Razin, *Effective psychotherapy: A handbook of research* (págs. 109-121). New York: Pergamon Press.
- LIEBERMAN, L. R. (1996a) Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy: A critique. *Perceptual and Motor Skills*, 28, 559-565.
- LIEBERMAN, L. R. (1996b) Reinforcement in Rogerian psychotherapy: Rejoinder. *Perceptual and Motor Skills*, 29, 861-862.
- LIETAER, L. R. (1984) Unconditional positive regard: A controversial basic attitude in client-centered therapy. En: R. R. Levant & J. M. Shlien (eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New Directions in Theory, Research and Practice* (págs. 41-58). Nueva York: Praeger.
- MURRAY, E. J. (1956). A content-analysis method for studying psychotherapy. *Psychological Monographs*, 70

- ORLINSKY, GRAWE, PARKS (1994) Process and outcome in psychotherapy - Noch Einmal. En: A. Gurman & A. Razin, *Effective psychotherapy: A handbook of research* (págs. 270-376). Nueva York: Pergamon Press.
- RICE, L. N. (1974) The evocative function of the therapist. En: d. A. Wexler, y L. N. Rice (eds.) *Innovations in client-centered therapy* (págs. 289-311). Nueva York: Wiley.
- RIEBEL, L. (1984) *A homeopathic model of psychotherapy*. *Journal of Humanistic Psychology*, 24 (1), 9-48.
- ROGERS, C. R. (1978) *Orientación psicológica y psicoterapia*. Narcea, Madrid.
- ROGERS, C. R. (1989) *El proceso de convertirse en persona*. Paidós, Barcelona, cap.9.
- ROGERS, C. R. (1966) Client-centered therapy. En: S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry* Vol. 3, págs. 183-200. Nueva York: Basic Books.
- ROGERS, C. R. (1967) A silent young man. En: C.R. Rogers et al. (Eds.) *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics* (págs. 401-416). Madison: University Wisconsin Press.
- ROGERS, C. R. (1973) *Grupos de encuentro*, Amorrortu
- ROGERS, C. R. (1980) *El poder de la persona*, El Manual Moderno.
- ROGERS, C. R. (1979) Groups in two cultures. *Personnel and Guidance Journal*, 38 (1), 11-15.
- ROGERS, C. R. (1980) *El camino del ser*. Kairós, Barcelona
- ROGERS, C. R. & SKINNER, B. F. (1956) Some issues concerning the control of human behavior. *Science*, 124, 1056-1066.
- ROGERS, C. R. & WOOD J. K. (1974) Client-centered theory: Carl R. Rogers. En: A. Burton (ed.), *Operational theories of personality* (págs. 211-254). Nueva York: Brunner/Mazel.
- TOMLINSON, T. M. & WHITNEY, R. E. (1970) Values and strategy in client-centered therapy: A means to an end. En: J. T. Hart y T. M. TOMLINSON (eds.), *New directions in client-centered therapy* (págs. 453-467). Boston: Houghton Mifflin.
- TRUAX, C. B. (1966) Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy, *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- TRUAX, C. B. (1969) Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy: «A reply». *Perception and Motor Skills*, 29, 701-702.
- VAN BALEN, R. (1990) The therapeutic relationship according to Carl Rogers: A climate? A dialogue? Or both? En: G. Lietaer, Rombauts y Van Balen (eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the Nineties* (págs. 65-85). Lovaina: Leuven University Press.
- WACHTEL, P. L. (1979) Contingent and non-contingent therapist response. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 30-35.
- WARNER, M. S. (1993) Levels of intrusiveness: A framework for considering the integration and differentiation of styles of psychotherapy. Manuscrito no publicado, Illinois School of Professional Psychology, Chicago.