

# QUÉ ES LA PSICOTERAPIA GENERAL

J. Solé Puig

Doctor en medicina, psiquiatra

*The first Spanish-written review of K. Grawe's general psychotherapy is given and the core of the theory is focused. It deals with school-based thinking and personal adscriptions as confronted with research-based scientific knowledge. Key psychological issues as motivation and action, perception and basic human needs, intention and evitation, conscious and implicit functioning, problem-solving and clarifying methods, are reassumed. Concepts as motivational inconsistency, pathogenic autocatalysis or attractor/order pattern are introduced in psychotherapy. General psychotherapy identifies three change factors: resources activation, disorder-specific interventions and working-through of conflicts. Earlier versions included problem actualization, while latest updating synthesise them in a definition: effective psychotherapy as the synergic combination of activating interventions and working-through of problems. Grawe's psychotherapy integration theory, internationally knowned, is considered the most relevant European effort in the field.*

Key words: general psychotherapy, integration, K. Grawe

---

## INTRODUCCIÓN

La idea que fundamenta la integración de las psicoterapias es que no sólo no se excluyen entre sí, sino que en realidad se complementan. Idéntica visión es la que permite hablar de una psicoterapia general, la promovida por Klaus Grawe, que se ha alzado como producto emergente del sector en el comienzo del siglo XXI. Como se sabe, el reconocimiento internacional al autor de Berna proviene de su magno metanálisis (Grawe, Donati y Bernauer, 1998), que recoge quince años de elaboración durante los cuales centenares de estudios previos fueron concienzudamente revisados para ver qué psicoterapias obtienen los mejores resultados. Especialmente valiosas y muy citadas son las tablas que, muy numerosas, revisan cada tipo de terapia confrontando los ensayos previos y dando críticas detalladas de cada uno de estos estudios. Ni que decir tiene que el metanálisis de Grawe ya ha levantado intensas controversias, pues no todas las psicoterapias acceden al podio de vencedores, sino que unas, las menos, se erigen como ganadoras y otras, las más, salen obviamente perdiendo.

## ¿ESCUELAS, PERSONALISMOS?: INVESTIGACIÓN

Sigue compartiéndose esta idea: que dados los variados tipos de pacientes y de problemas que existen hay que indicar las distintas psicoterapias de forma diferenciada. Así, para unos pacientes sería de elección la terapia psicodinámica, para otros la psicoterapia cognitiva y/o la conductual, para algunos lo mejor será una psicoterapia humanista, para otros la terapia familiar sistémica, etc. Es una perspectiva que a todos nos podría parecer razonable. Pero lo cierto es que no hay evidencias empíricas suficientes para darla por sentada. Es verdad que importantes autores (Beutler y Clarkin, 1990) han demostrado que sí existen algunas correlaciones entre ciertas características de los pacientes y determinadas características de las psicoterapias, y que además –esto es lo que otorga científicidad al hecho– tales correlaciones han podido ser replicadas en algunos estudios. Pero también hay que decir que todas estas características no respetan para nada las fronteras entre psicoterapias: las atraviesan transversalmente. Así, p. ej., se ha recomendado que pacientes de alta reactancia no sean tratados de forma directiva, dándose a entender que en estos casos sería preferible la escuela psicodinámica a la conductual. Salta a la vista que tal tipo de recomendación no resiste el análisis más somero, pues es sabido que lo que hay es un contínuum pasivo-semidirectivo-directivo en el estilo de manejar al enfermo, y que no depende tanto de la adscripción de escuela cuanto de la personalidad del terapeuta. Piénsese, al respecto, en lo activos que suelen ser quienes llevan terapias psicodinámicas breves (Book, 1998; Luborsky, Crits-Christoph, 1997), con un estilo de conducción de la terapia mucho más cercano al cognitivo-conductual que al del psicoanálisis. El corolario está claro: pertenecer a esta u otra escuela no es lo decisivo; lo decisivo es lo que hace realmente el terapeuta en la práctica, y esto es algo que en la realidad tampoco difiere tanto entre las distintas escuelas. Precisamente este hecho, admitido por todos, es el que explica el éxito que el integracionismo psicoterapéutico va cosechando en los últimos años. Naturalmente, surge entonces la cuestión: ¿si los resultados terapéuticos no dependen realmente de las características de escuela, porqué seguimos diferenciándolas? ¿No es obvio entonces que hay que ir hacia criterios de realidad empírica, científica? Y, consecuentemente, Grawe inquiere: ¿A qué estamos esperando para sustentar los centenares de psicoterapias existentes no en mitos de escuela y adscripciones personalistas sino en la psicología general comúnmente impartida/investigada en medios académicos? La fundamentación de una psicoterapia general llena las setecientas páginas de su último libro (Grawe, 1998), del que el presente trabajo sólo puede ser un resumido eco.

Los psicoterapeutas actuales, en su trabajo cotidiano, respetan cada vez menos las fronteras entre las distintas escuelas y maneras de hacer psicoterapia. Se forman en algunas de ellas y en la práctica optan por uno u otro procedimiento concreto en función de cada paciente. Aplican, en cada caso, lo que creen que es mejor para el enfermo. La mayoría de profesionales cree que hacerlo así es lo más razonable.

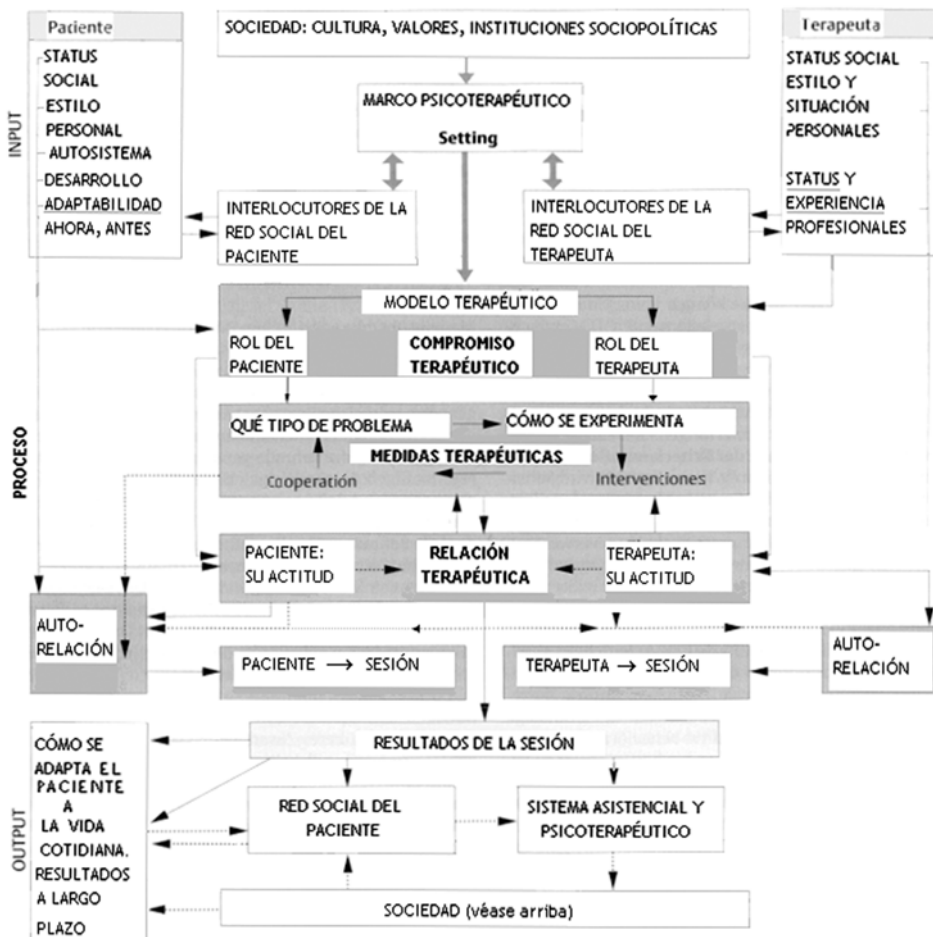
Tanto Garfield (1992) y su teoría de los factores comunes, como Lazarus (1992) son defensores eminentes de esta forma de ver las cosas. El problema estriba en la falta de sustentación teórica que este eclecticismo conlleva. El terapeuta se ve obligado a dar bandazos teóricos de un lado a otro, desde un marco conceptual ahora psicodinámico, luego cognitivo-conductual y quizá más tarde relacional-sistémico. No es extraño que eclecticismo práctico y escepticismo teórico acaben yendo de la mano. Una y otra vez, los distintos marcos conceptuales son demasiado pequeños para dar cabida a todos los fenómenos importantes a tener en cuenta en psicoterapia. Habiendo, por fortuna, periclitado los fanatismos de escuela, el actual integracionismo psicoterapéutico ha de abocar, tarde o temprano, a una teoría unificada de las psicoterapias. Curiosamente hay aquí un paralelismo con la física, también necesitada de una unificación teórica que nunca llega y que los grandes de la mecánica cuántica y la cosmología han venido reclamando. La propuesta de Grawe es bien simple: dotarnos de un sistema conceptual coherente, capaz de legitimar las evidencias psicoterapéuticas acumuladas y de permitir que todo psicoterapeuta pueda orientarse con soltura en el momento de elegir opciones y prioridades ante un paciente dado.

## **HACIA LA INTEGRACIÓN TEÓRICA**

En este sentido, lo que se viene haciendo es el intento de ensamblar las dos grandes tradiciones psicoterapéuticas más contrastadas, la psicoanalítica y la conductual. El mejor ejemplo continúa siendo el esfuerzo de A. Ryle (1987), y en el entorno hispanohablante es ineludible nombrar a C. Mirapeix, por diseminar con solvencia dicho enfoque cognitivo-analítico. Cito este trabajo de Ryle en concreto porque habla bien a las claras de la psicología cognitiva –e incluso la conductual (Ellis, MacLaren, 1998) en sentido lato- como lenguaje común de la psicoterapia, aspecto estratégico en que K. Grawe (1998), los Beck (Alford, A. Beck, 1997; J. Beck, 1995) y otros coinciden, como puede entreverse implícitamente en el manual integracionista de Norcross y Goldfried (1992). El diagnóstico graweano sobre esta integración entre psicoanálisis y conductismo es tajante: ni la elaborada propuesta de Ryle ni menos el resto de esfuerzos integrativos han logrado imponerse sobre sus respectivas teorías-fuente ni tampoco han conseguido reemplazarlas por un único, omnicomprensivo, sistema conceptual. Ya se sabe que psicoanálisis y conductismo siempre han parecido incompatibles: el primero muestra carencias científico-empíricas reconocidas por todos, y el segundo, en el otro extremo epistémico, excluye realidades (afecto, motivación, etc.) sin duda subjetivas, pero nucleares en psicología. Todavía hay psicoanalistas que niegan el objetivo terapéutico de la reducción de síntomas y lo tildan incluso de contraproducente colgándole el sambenito de ser ésta mero desplazamiento sintomático. Y aún hay también puristas conductuales que niegan todo lo que no pueda explicarse en términos de condicionamiento clásico u operante. La fuerza explicativa de ambas tradiciones

teóricas parece haberse agotado, a causa de sus respectivos apriorismos, para la psicoterapia de hoy. No es extraño que el ensamblaje de dos teorías epistémicamente sesgadas haya generado constructos con parecidos defectos. De lo que se trata es, por consiguiente, apuntar hacia una nueva teoría general de la psicoterapia que sea capaz de incluir, de forma coherente, los aspectos importantes cognitivos, conductuales, psicodinámicos, humanístico-experienciales (Greenberg, Rice, Elliot, 1993) y multiculturales (Ponterotto, Casas, Suzuki, Alexander, 1995).

Es cierto que en la última década gozó de predicamento el modelo “transteórico” de Prochaska, Norcross y DiClemente (Prochaska, Norcross, 1999). Hay que concederle que, con sus fases del cambio –precontemplación, contemplación, preparación, acción-, ha añadido una nueva perspectiva a la terapia, que en el terreno de las adicciones ha sido bien acogida por ver el consumo activo como precontemplación de la sobriedad. Pero hay que convenir, con Grawe, que este



modelo no es una nueva fundamentación teórica capaz de incluir lo múltiple y complejo. No proviene de la revisión sistemática de la investigación empírica en psicología: correlaciona de forma original una parte de lo que conocemos.

## **INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA**

Quienes fundaron las distintas maneras de hacer terapia no pudieron investigar los mecanismos de acción psicoterapéuticos y los resultados obtenidos: ellos estaban creando y desarrollando procedimientos; someterlos a investigación era prematuro. Actualmente la situación ha cambiado mucho. En 1994, los grupos de Orlinsky y Grawe demostraron que disponemos de suficiente número de estudios metodológicamente rigurosos sobre psicoterapia como para permitir empezar a extraer conclusiones. A partir de sus respectivos esfuerzos metanalíticos, precisamente, Orlinsky produjo su modelo genérico de la psicoterapia y Grawe su esquema de psicoterapia general (Orlinsky, Grawe, Parks, 1994). Quiere decirse que estamos en una nueva etapa del desarrollo en este campo (Solé Puig, 2000), la etapa de base empírica que la psicoterapia necesitaba. El modelo genérico de Orlinsky (esquema 1) refleja de forma más fiel que el esquema de Grawe lo alcanzado por la investigación en psicoterapia, pero el segundo ha tenido el acierto de haber sabido aplicarla a la práctica psicoterapéutica. De ahí su trascendencia clínica. Grawe propone, a partir de su autoridad de investigador, que toda psicoterapia eficaz lo es por reunir cuatro principios activos, cuatro factores terapéuticos de cambio, a saber:

1. Activación de recursos: es el principio terapéutico más ubicuo según Grawe, y explica porqué es tan eficaz animar a los pacientes, alentarlos a que saquen lo mejor de sí mismos ante las dificultades, a emplear sus habilidades y puntos fuertes, a recurrir, en suma, a su lado positivo, a sus aspectos sanos, conservados. Grawe critica que muchos psicoterapeutas desprecian este factor, empujándolo a la categoría residual de efecto placebo, sugestión, “condiciones inespecíficas” e incluso “palmadita en la espalda”. Nuestro autor da un giro copernicano a esta visión: la enaltece sin ambages dándole el nombre de activación de recursos y aboga siempre por completar el habitual diagnóstico clínico de lo negativo-conflictivo-deficitario con una apreciación de las capacidades actuales y potenciales, con una actitud diagnóstico-terapéutica positivizante que nos recuerda la propia de la rehabilitación psicosocial, atenta siempre a cualquier señal, por indiciaria que sea, de los recursos existentes. En este contexto se enfatiza la importancia de las relaciones personales del paciente, recogándose justamente las enseñanzas que las terapias familiar e interpersonal han propiciado (Solé Puig, 1995). Y quizá más importante aun, lo decisivo que ha demostrado ser en toda terapia el hecho de que el paciente perciba a su terapeuta como que le apoya, que le acepta y le ayuda en su autoestima, que el paciente, en suma, se sienta capacitado para una buena relación terapéutica.

Para que una psicoterapia logre resultados hace falta que se activen recursos

del enfermo: éste pide ayuda en situación de baja autoestima y una de las claves del éxito es no reducirlo sólo a sus aspectos problemáticos, sino también a aquellos aspectos que harán posible hallar soluciones. Se trata de sustituir la situación de desamparo de la demanda por el apoyo propio de la situación de auxilio. Logrado esto, el efecto inmediato es de un bienestar previo a la reducción/eliminación de síntomas, un bienestar que no es otra cosa que efecto placebo y que nadie debería denigrar por ello: tiene un valor indudable en sí mismo y hace posible, además, que el paciente sea capaz de afrontar las sucesivas intervenciones que darán contenido a la terapia y que serán las que promoverán eventuales cambios.

2. Actualización del problema: es este otro ingrediente principal de toda psicoterapia, sustentado también por la investigación (Egan, 1997). Se basa en que los problemas que tienen que ser solucionados deben cobrar actualidad en el marco de la relación terapeuta-paciente. En este sentido, la narración que el enfermo hace de su padecimiento al terapeuta incluye ya en sí una actualización de quejas y síntomas. El hecho que no pocas veces dicho relato conlleva emociones como llanto o vergüenza demuestra que en la interlocución psicoterapeuta-paciente hay, inherentes, las funciones básicas de comunicación, de expresión/actualización. En terapia individual esta actualización se maximiza al trasladar el paciente las distorsiones relacionales que padece –y que suelen provenir de etapas tempranas del desarrollo– y que a veces ponen a prueba la profesionalidad del terapeuta. Esto es lo que la tradición psicodinámica ha estudiado como transferencia y contratransferencia, respectivamente. Ejemplos muy visibles del principio de actualización son la terapia de pareja y la familiar, que actualizan in vivo los problemas del grupo social primario, la terapia grupal, que hace lo propio en una agregación social ad hoc, y la terapia de exposición, que actualiza la angustia en, v. gr., la agorafobia.

3. Solución/dominio del problema: con la conocida excepción del psicoanálisis, toda psicoterapia tiende a apoyar activamente al enfermo para que sea capaz de solucionar o solucionar mejor sus problemas. Las terapias conductual y cognitiva, y por supuesto su combinación, constituyen la plasmación más acabada de este principio activo, visible en el entrenamiento asertivo de pacientes inhibidos, en la exposición a situaciones ansiógenas en agorafóbicos, en la técnica de inoculación de estrés según Meichenbaum, en la terapia sexual de Masters y Johnson, en el empleo de relajación o hipnosis en estados dolorosos, en la psicoterapia interpersonal de la depresión según Klerman y Weissman, en entrenamiento de parejas para comunicar y resolver problemas juntos, y en las variantes de terapia familiar, por enumerar a título de ejemplo. Está claro que los distintos procedimientos psicoterapéuticos tienden genéricamente a ayudar a que el enfermo perciba que domina sus problemas y que potencial o realmente se siente capaz de solucionarlos,

de solucionarlos en parte o de solucionarlos mejor. Pero al mismo tiempo está claro que estos procedimientos se distinguen entre sí por las diferentes maneras concretas de ir hacia este dominio/solución de problemas. Lo que la investigación en psicoterapia ha demostrado (Grawe et al, 1998) es que lo importante estriba en la sensación de dominio experimentada por el paciente, en que éste se siente más capacitado y motivado para afrontar su situación problemática. De la maestría del psicoterapeuta dependerá que para cada tipo de problema sepa indicar los procedimientos más idóneos.

4. Clarificación motivacional: que no por ser el cuarto principio es el menos importante; para los terapeutas psicodinámicos es todo lo contrario. En efecto, la investigación en psicoterapia les da la razón cuando éstos defienden la importancia del núcleo motivacional de los problemas: muchos pacientes, pudiendo hacer cosas parecen no querer hacerlas. La investigación ha demostrado que psicoterapias no directivas como algunas psicodinámicas o experienciales -la de Rogers, p. ej.- tienen poco o nada en cuenta la solución de problemas y no por ello dejan de obtener resultados. Son resultados provenientes de la ayuda que presta el psicoterapeuta a que, por decirlo coloquial pero certeramente, el paciente se aclare. Ello quiere decir barajar un tipo de ideas quizás algo más abstractas que las del apartado anterior, siendo esto lo que probablemente confiere la imagen de mayor especulación a las escuelas centradas en dicho principio activo. Son ideas sobre el significado de la propia existencia, de los valores y expectativas de cada persona, o de los deseos u objetivos más o menos conscientes propios de todo ser humano. El estado del paciente se contempla no ya en la perspectiva de solucionar sus problemas, sino bajo el punto de vista de sus motivaciones, de los posibles conflictos y déficits motivacionales.

De la diferenciación entre psicoterapias centradas en la solución de problemas y las centradas en la clarificación motivacional puede inferirse que habría una indicación diferencial según la cual unos pacientes funcionarían mejor con las psicoterapias solucionadoras y otros con las clarificadoras. Es una hipótesis en la que muchos creen pero que todavía no ha sido dilucidada (Corsini, Wedding, 2000). El objetivo de Grawe es superar esta disyuntiva. Argumenta que para la mayoría de enfermos, basar la indicación en términos de “o esto o aquello” es forzar la realidad e impedir que los pacientes puedan favorecerse de todas las posibilidades relevantes en psicoterapia. No es razonable que unos sean tratados desde la perspectiva de su capacidad para solucionar problemas y que otros lo sean desde la perspectiva de comprender las propias motivaciones. Hacerlo así se contempla entonces como puro esquematismo reduccionista, se convierte en una asignación arbitraria de recursos técnicos, hecha sin base científica suficiente y más bien por circunstancias aleatorias: un conjunto de pacientes acaba contactando con terapeutas tendencialmente clarificadores y otro conjunto de pacientes acaba contactando con

terapeutas tendencialmente solucionadores. En una visión integradora lo ideal es acabar con las fronteras de escuela y complementar los factores terapéuticos más relevantes. Es intentar concebir los casos y planificar las terapias permitiendo que todos los pacientes puedan beneficiarse de las dos grandes perspectivas existentes: la perspectiva de solución de problemas y la de la clarificación de motivaciones. Para Grawe esta visión es la única razonable, halla evidencias crecientes en la investigación de psicoterapias y se fundamenta en los avances de la psicología científica.

## MOTIVACIÓN Y ACCIÓN

Un campo poco conocido por los médicos y sin embargo bien asentado en psicología es el de las teorías sobre las expectativas y valoraciones que tienen los individuos y la relación con su comportamiento. Grawe lo incluye en su propio discurso. En el contexto terapéutico es fácil ver tanto actos problemáticos que emanan con total voluntariedad de la persona que los genera, como también conductas de evitación, algunas de ellas no deseadas en absoluto, como es el caso de las generadas por sentimientos de angustia. Richard Lazarus (1991) hipotetiza que las emociones resultan de la interacción entre dos procesos valorativos, la apreciación primaria y la secundaria. El proceso de apreciación primario valora las situaciones según lo que signifiquen para las motivaciones actuales, y el proceso de apreciación secundario valora hasta qué punto se estará a la altura de dichas situaciones y las emociones concernidas. La apreciación secundaria remite claramente a la autoeficacia en el sentido de Bandura, es decir, a la confianza en sí mismo. Véase que estamos de lleno en el campo de la expectativa-valor, pues la apreciación primaria de R. Lazarus alude a la valoración y la apreciación secundaria a las expectativas. En clínica está claro que valorarse, tener esperanza, sentirse motivado y confiado en sí mismo es el mejor contrapeso al déficit de autoestima, a sentirse desmotivado y a tener expectativas patógenas como el miedo al miedo, tan típico de las crisis de angustia y otros trastornos de ansiedad. Y esto vale tanto para comportamientos voluntarios como para los no deseados por patológicos. El valor que damos a las cosas correlaciona con lo motivados que estamos para alcanzarlas; la esperanza que ponemos en ello correlaciona también con la confianza que tengamos en conseguirlo. Volviendo a la ansiedad, cuanto más haya madurado la intención de un agorafóbico por superarse, más rendimiento le sacará a la terapia de exposición. Es más, en clínica vemos pacientes ansiosos que en un momento dado muestran tal determinación en el propósito de superar su miedo, que lo consiguen sin necesidad de someterse formalmente a dicha terapia; ellos mismos se autoayudan. Que la intención de curarse madure a propósito firme de no seguir evitando más es la *conditio sine qua non* para que una intervención terapéutica dé resultados en patología ansiosa. En las etapas en que las intenciones hacia la salud se concretan fatigosamente en propósitos es fácil que otras intenciones intrusivas interfieran –



evitar afrontar, p. ej.- hasta el punto de interrumpir e incluso abortar la motivación positiva en ciernes.

Todo psiquiatra, y si me apuran todo médico, debería conocer la psicología de la motivación y sus últimos desarrollos, que se solapa con lo anterior y que ocupa un lugar central en el ámbito cotidiano, sanitario e incluso humanista, tal como demuestra, p. ej., Jürgen Habermas y su filosofía de la acción. Uno de los mensajes claros de Klaus Grawe es, además, que ya va siendo hora de que la motivación entre a formar parte del ámbito de trabajo de la escuela cognitivo-conductual. La acción humana es, desde la perspectiva académica de la psicología de la motivación, la praxis resultante de una secuencia motivacional previa, hecha de vagas intenciones al principio, resultantes a su vez del juego entre deseos y temores que el proceso de elección y decisión permite, que eventualmente va cobrando fuerza volitiva hasta perfilarse como propósito claro, y que finalmente aboca al acto/acción/actuación y a su valoración. El filósofo mencionado contribuyó al trabajo de uno de los mejores psicólogos alemanes de los últimos tiempos, Heckhausen (1987), quien teorizó e investigó empíricamente lo que designó como “modelo del Rubicón”. Alude a que, al principio de nuestra era, Julio César acampó sus tropas más acá del río Rubicón, que le separaba de su camino hacia la lucha por hacerse con el poder romano. Cuando hubo disipado sus dudas y vacilaciones, cruzó el río, “pasó el Rubicón”, en expresión desde entonces utilizada. Pasar el Rubicón, decidir después de dudar, conlleva por tanto una fase previa, reflexiva, en la que deliberamos, sopesamos, es decir, ponderamos anhelos y temores en sus pros y contras, de forma que van originándose así determinadas intenciones que poco a poco adquieren fuerza volitiva hasta tomar cuerpo en propósitos y decisiones. Esta fuerza de voluntad, esta intensidad volitiva, es el producto del grado de deseabilidad del objetivo perseguido y de su realizabilidad esperable. Cuanto más pesan ambos factores del producto, más robusta es la probabilidad de alcanzar la meta. Si ésta es muy deseable pero falta la confianza en uno mismo para conseguirla —es el caso de quien quiere superar una agorafobia, p. ej.-, entonces es necesario trabajar psicoterapéuticamente las expectativas de autoeficacia precisamente para aumentar el sentimiento de realizabilidad del propósito; la creciente fuerza de voluntad permitirá encarar experiencias correctoras que sean exitosas, lo que a su vez alimentará las expectativas positivas y, por tanto, la autoconfianza; al final del proceso, el paciente habrá superado sus temores patológicos: habrá pasado su Rubicón. Es lo que típicamente se hace en terapia cognitivo-conductual.

El psicoterapeuta no sólo puede ayudar a que un paciente sienta una meta como más realizable. También le puede ayudar a que la sienta más claramente deseable. Son los casos en los que el paciente desea, en el ejemplo más sencillo, la salud y al mismo tiempo desea seguir fumando. Hay ahí intenciones contrapuestas que no permiten que se forme un propósito duradero en el tiempo como vector resultante. El trabajo psicoterapéutico ha de ser, en tales casos, una labor de clarificación

motivacional. Es lo que típicamente se hace en terapias psicodinámicas y experienciales: se trabaja más acá del Rubicón, tomándose conciencia de deseos y temores en conflicto en aras de elegir y decidir de la manera más clara posible, de abrigar intenciones lo más unívocas posible. De lo que se trata en general es, por lo tanto, de determinar en qué lugar de la secuencia motivación-acción se halla el paciente, es decir, si como psicoterapeutas hemos de trabajar más acá o más allá del Rubicón. Si nuestro paciente, en relación a los objetivos terapéuticos, baraja motivos contrapuestos e intenciones poco claras, entonces lo indicado es, ante todo, permanecer más acá, en el terreno de la reflexión. Pero en presencia de objetivos unívocamente deseados por el paciente y compartidos por el terapeuta, y en que lo que falla son las expectativas de llevarlos a cabo, entonces hay que moverse más allá del Rubicón, en el terreno de la acción. Lo normal es que los pacientes se nos presenten con problemas en ambas orillas del Rubicón, es decir, que no se aclaren o se aclaren poco en su motivación y que tengan carencias en la confianza en ellos mismos al emprender la acción. Por tanto, para la mayoría de enfermos será útil ayudarles tanto con la clarificación de lo que les mueve a actuar o se lo impide, o sea la clarificación motivacional, cuanto con la solución de los problemas que se topan cuando tratan de realizar sus propósitos. Para unos será más importante trabajar bajo la perspectiva motivacional, y para otros bajo la perspectiva de dominar los problemas. No serán pocos los que se beneficiarán del trabajo en doble perspectiva, según una primera fase más centrada en la reflexión y una segunda fase alrededor de la realización y la superación de obstáculos. El ideal integracionista es precisamente este: todo psicoterapeuta debería ser capaz de atender con competencia técnica ambos tipos de dificultades. Debería aunar las capacidades deliberativas que nadie niega a psicodinámicos y humanistas y las capacidades resolutivas que han situado lo cognitivo-conductual como lugar de referencia en salud mental. Para Grawe, el eclecticismo técnico por lo visto mayoritario no es suficiente: hay que lograr una base teórica común. De lo contrario, los psicoterapeutas continuarán instalados en el sesgo reduccionista de sus respectivos aprendizajes de escuela. He aquí, muy resumidas, las bases teóricas de la psicoterapia general graweana.

## **PERCEPCIÓN, NECESIDADES**

El funcionamiento mental proviene de la complejísima interacción excitatoria de grupos neurales. Grandes neurobiólogos actuales como Gerald Edelman (Solé Puig, 2001) así nos lo pretenden demostrar, y hoy día es imposible pensar en una teorización psico(pato)lógica que no parta de dicha realidad. Grawe es consecuente con ello a la hora de anclar sus explicaciones en la neurobiología, pero el carácter a fin de cuentas especulativo de todos estos desarrollos impide que hallen cabida en el presente trabajo, que pretende ser mínimamente práctico. Digamos a título informativo que Grawe habla de conceptos tales como atractor -en el sentido de la dinámica de sistemas-, para él el sustrato neural -en el sentido de los grupos

neuronales del mencionado Edelman- de lo que en psicología cognitiva se conoce como esquema. Grawe propone la existencia no sólo de esquemas cognitivos, sino también emocionales, motivacionales, relacionales y conductuales. Hablamos de esquemas gracias a nuestra capacidad de abstraer al límite los distintos fenómenos pertenecientes a los campos citados, hasta llegar a las pautas repetitivas, las invariantes, que caracterizan a las personas, tanto desde el punto de vista genérico –el discurso psicológico-psiquiátrico- como del individual-psicoterapéutico. La apuesta graweana, igual a la de tantas otras teorías, es la de imaginar que allá en lo más profundo del constructo se vislumbran las neuronas en acción. En su terminología, los esquemas que hay en la base de nuestras experiencias y nuestras conductas descansan en los atractores, es decir, aquellos grupos neuronales que alcanzan un predominio relativo sobre los demás hasta determinar el funcionamiento psíquico. Los distintos esquemas/attractores interaccionan espontáneamente entre sí ora excitándose ora inhibiéndose. De lo que se trata en psicoterapia es, precisamente, de saber ver este interjuego e intervenir de tal manera que resulten favorecidos los esquemas sanos, adaptativos, y obstaculizados los desadaptativos, patológicos. Digamos, en fin, que una referencia graweana importante es la obra de William Powers (1989, 1992), un ingeniero de sistemas, físico y astrónomo que aportó valiosas hipótesis de control de sistemas a la biología y psicología. Cuando más arriba se ha aludido a la cognición, emoción, motivación, etc., no se ha incluido la percepción porque hasta ahora esta función permanecía huérfana: ningún gran sistema psicoterapéutico la había propuesto como eje de su enfoque. Las restantes funciones ya habían sido adoptadas: la cognición por la psicoterapia cognitiva, el comportamiento por la psicoterapia conductual, la emoción y la motivación por las psicoterapias experiencial y psicodinámica. Ha sido la psicoterapia general de Grawe –y él señala a Powers como valedor de la idea- la que ha acabado adoptando la percepción como función mental principal de su teoría. Para él es una función encrucijada donde convergen todas las demás y es la que mejor permite explicar, en última instancia, el ser humano como un todo en interacción con los demás congéneres y el medio ambiente. Si para la escuela conductual el comportamiento es lo nuclear, para la cognitiva lo es la cognición, y para la psicodinámica o la humanista lo es lo afectivo-relacional, para la psicoterapia general, en la que por supuesto todos estos ámbitos clave han de ser trabajados conjuntamente, la percepción es el hilo conductor, tanto en el plano teórico que debemos a Powers, como en el terreno práctico. Al respecto, hay que conceder a Grawe que en psicoterapia se vuelve una y otra vez a cómo ve las cosas el paciente, y que en toda relación terapéutica es fundamental el modo en que ambos interlocutores se perciben mutuamente. Que el autor destaque la percepción del resto de funciones psíquicas es también una señal de que intenta privilegiar lo concreto-sensorial y lo neurobiológico por encima de lo metapsicológico. Sin que por ello quede relegada la inferencia abstracta: el término *insight* resulta práctico porque significa a la vez

introspección y mirar dentro de las cosas. A la función perceptiva no sólo la hacen posible los órganos de los sentidos, sino también la conciencia. La percepción en el sentido graweano, que también es la apercepción de los filósofos, no desdeña recientes desarrollos constructivistas: es a la vez recepción sensorial y construcción de realidad.

Otra fuente clave es, para Grawe, la amplia literatura psicológica y humanista en torno a las necesidades básicas de las personas, de la que él mismo destaca a Seymour Epstein. Este autor es conocido por haber desarrollado desde hace décadas un modelo de sí mismo (self) cognitivo-experiencial, debiéndose entender el segundo término del binomio como incluyendo lo emocional y relacional. Es obvio, pues, el punto de partida integracionista de Epstein, al que Grawe también le debe haber optado por tener en cuenta un mínimo de cuatro necesidades humanas básicas de entre todas las posibles –recordemos al respecto listas más largas, como la de Maslow (1998), la más conocida. Así, la psicoterapia general ha de incluir, para que entender y ayudar a las personas pueda ser posible, las siguientes necesidades propias de la condición humana: la necesidad de control y orientación, la necesidad de obtener placer y evitar displacer, la necesidad de apego y vinculación, y la necesidad de aumentar y proteger la autoestima. Obsérvese cómo Grawe relega al segundo puesto el único principio que se esgrime tanto en la teoría psicodinámica –hecha abstracción del instinto de muerte freudiano/kleiniano- como en la del aprendizaje: refuerzo positivo/refuerzo negativo suele correlacionar con placer/displacer. Su psicoterapia general alza como primera necesidad humana básica la necesidad de controlar y orientarse, y en este sentido conecta bien con toda la corriente psicoterapéutica de inspiración humanista-experiencial, cuyos contenidos hay que reconocer que se hallan muy presentes en bastantes terapias de apoyo y en no pocas psicoterapias en principio cognitivas o psicodinámicas. Hay que convenir, con Grawe, que teniendo en cuenta estas cuatro necesidades humanas básicas se cubre prácticamente todas las eventualidades que puedan surgir en psicoterapia. Si en un momento dado hubiera que añadir una o más necesidades – p. ej. la necesidad de moverse o jugar en los niños- a tener en cuenta, no por ello se resentiría el constructo graweano. Lo importante es señalar que, en términos graweanos, los esquemas motivacionales se desarrollan para satisfacer y proteger las necesidades humanas básicas, determinando los objetivos de la actividad psíquica. Para asegurar su buen funcionamiento estos procesos se regulan según el principio de consistencia. La inconsistencia externa es la no satisfacción de las necesidades, y la inconsistencia interna es su obstaculización.

## **INTENCIÓN VS. EVITACIÓN**

Siempre según la teorización graweana, la principal fuente de inconsistencia interna son los esquemas motivacionales de evitación. Surgen como protección ante la amenaza de que las necesidades humanas básicas resulten lesionadas. Cuanto

más haya podido ser vulnerado un individuo en estas necesidades, tanto más dirigirá su psiquismo al objetivo de blindarse y evitar nuevas lesiones. Si, p. ej., la necesidad de apego resulta lesionada, suele desarrollarse un estilo evitativo de vinculación. Entonces situaciones relevantes para dicha necesidad activan al mismo tiempo esquemas de aproximación débilmente desarrollados, o sea conatos intencionales, y esquemas de evitación fuertemente desarrollados. Estos inhiben los primeros, y como resultado se bloquean las experiencias destinadas a satisfacer la necesidad de vincularse. Este tipo de necesidades quedan permanentemente activadas precisamente por no satisfacerse nunca. Las tendencias contrapuestas entre sí de aproximación y evitación quedan trabadas en un esquema de activación/excitación neuronal persistente, que se autoperpetúa: es el conflicto. Su activación es fuente de inconsistencia psíquica.

Los esquemas de evitación (co)determinan los comportamientos y las cogniciones. De las que son evitadas no suele tenerse conciencia, ya que, tal como parece haber demostrado la investigación de las disonancias cognitivas, la conciencia tolera poco la inconsistencia. Contenidos poco consistentes con lo que ya hay en la conciencia no tienen acceso a ella: el ejemplo llamativo es la negación, tan ubicua entre los seres humanos. Por ello si hay intensa evitación, de sus objetivos tampoco se suele tener conciencia: de lo contrario, al evitar se tendría conciencia de lo que se evita. Por consiguiente, suele ocurrir que las personas no sean conscientes de elementos importantes que las determinan. Es en este punto donde Grawe, formado en el ámbito conductual, admite por fin la palabra “maldita”, la represión, entendida como prohibida-la-entrada a la conciencia. Para él es uno de los mecanismos más importantes de aseguramiento de la consistencia psíquica. Después de todo, añadimos nosotros, el propio Freud intercambiaba a voluntad términos que hizo más o menos sinónimos, como represión, evitación, negación, repudiación, etc. El atrevimiento terminológico –y conceptual aun hoy día- de Grawe acaba ahí. Rechaza hablar de inconsciente porque ser consciente de algo no alude a una localización, sino a un modo de funcionamiento psíquico, y entonces la metáfora tópica está fuera de lugar, literalmente. Grawe, una vez más, echa mano de los saberes asentados en la psicología académica y dice que los contenidos psíquicos que evitamos suelen permanecer activos en la memoria implícita, inaccesibles al control consciente y voluntario. El juego entre lo consciente y lo implícito adquiere, en manos de Grawe, un rango importante en la explicación del conflicto humano, sin que en ningún momento se nos antoje sobredimensionado, tal como a veces el juego del consciente y el inconsciente podría parecerlo en manos de autores exclusivamente psicodinámicos.

## **CONSCIENTE VS. IMPLÍCITO**

Durante la vigilia hay dos modos de funcionamiento psíquico, el consciente y el implícito. Hoy día se considera que no tenemos conciencia de la mayoría de

procesos mentales, automatismos destinados a mantener la homeostasis. La pregunta que precisamente se ponen hoy día los investigadores es por qué y cómo una minoría de contenidos mentales pueden acceder a la consciencia, y no al revés, que es lo que ha preocupado tradicionalmente al psicoanálisis. Implícito, por tanto, quiere decir no consciente, aludiendo al mismo tiempo a la memoria implícita, un tipo de rendimiento mnésico del que no nos damos cuenta y que la investigación empírica ha demostrado que es potente y a la vez resistente al deterioro cognitivo. Estos hechos –memoria implícita, memoria declarativa o conceptual, etc.- están disponibles en cualquier buen manual sobre psicología de la memoria. Lo importante es retener que sólo podemos ser conscientes de los contenidos de la memoria conceptual y no de la memoria implícita. En ésta es donde se almacenan nuestras pautas de reacción emocional, nuestra expresividad no verbal. Como postula Grawe, la mayoría de síntomas psicopatológicos se guarda en la memoria implícita. Lo cual determina un único corolario práctico con dos vertientes: i) los síntomas y otros contenidos implícitos de la memoria no son accesibles desde la consciencia abstracta, es decir, de arriba abajo (top down), y por tanto es difícil/imposible que puedan ser evocados ni voluntariamente dirigidos; ii) deberán ser activados de abajo arriba (bottom up) a partir de situaciones concretas: la interlocución “conciencizadora” propia de las psicoterapias, las experiencias correctoras, la terapia de exposición, etc. Para que procesos de los que no se tenga consciencia pasen del funcionamiento implícito al consciente ha de haber una activación mental-cerebral previa de abajo arriba, de lo vivido a lo pensado, que es lo que permite poner bajo el foco de la atención consciente a dichos procesos. Se les liga así a una nueva pauta de excitación neural dotada de la cualidad de lo consciente. A medida que se repita, se amplíe y se diversifique esta nueva pauta mental, aumentará la facilitación neuronal que la hace posible, estabilizándose en el repertorio de conductas. Con ello se habrá logrado que procesos de los que antes se carecía de consciencia pasen al control consciente. Si antes se había evitado activamente tener consciencia de dichos procesos, es decir, si antes se había reprimido tomar consciencia de ellos, para el logro de la concienciación se habrá tenido que superar la correspondiente resistencia.

### **TRASTORNO MENTAL, INCONSISTENCIA MOTIVACIONAL**

La represión/evitación que forma parte del conflicto conduce a la disonancia entre contenidos implícitos y conscientes. El funcionamiento mental ya no va entonces unívocamente dirigido a satisfacer necesidades humanas básicas. Los substratos neurales en conflicto, es decir, la activación de ambos en presencia de inhibición recíproca, da lugar a tensión por la inconsistencia generada. Como ninguna de las pautas de excitación neuronal predomina claramente, se llega a un estado fluctuante entre tendencias contrapuestas de la actividad psíquica, a un elevado nivel de tensión mental. Y en términos de dinámica de sistemas, esto aboca

al mecanismo de autocatálisis propio de las fluctuaciones y por el cual salen reforzadas nuevas pautas de orden en un sistema dado. Éstas, a diferencia de las que están en la base de las motivaciones, no se dirigen a satisfacer necesidades, sino al mal menor de reducir la tensión por inconsistencia. Emergen así las pautas de orden patógenas, o sea las pautas de excitación neural que están en la base de los síntomas psicopatológicos. Son pautas mentales/neuronales de un nuevo orden, es decir, cualitativamente diferentes de las anteriores que las originaron y que bien pueden ser conceptualizadas como atractores de trastorno. Los trastornos mentales se desencadenan, en esta línea de pensamiento, por interacciones motivacionales contrapuestas que generan alta inconsistencia. No llegan a determinar el tipo de trastorno que surgirá, que más bien depende de la predisposición genética y lo epigenéticamente adquirido, condicionado por las diversas situaciones. De ahí que personas con conflictos motivacionales parecidos lleguen a desarrollar trastornos mentales bien diferentes, y que haya quien es a priori vulnerable por diátesis genética y evolución epigenética pero se libra de sufrir trastornos gracias a la protección que le brindan sus esquemas intencionales, con robustez suficiente para llevarle a la satisfacción de sus necesidades.

### **AUTOCATÁLISIS PATÓGENA**

Decíamos que para la dinámica de sistemas, mediante autocatálisis de fluctuaciones las nuevas pautas de orden que resultan reforzadas se convierten en atractores capaces de esclavizar –éste es el término que se emplea- cuantos eventos neuroexcitatorios caigan en su órbita. P. ej., si el ataque de pánico es un atractor de trastorno, una expectativa relacionada con él –pensar en la posibilidad de que sobrevenga el ataque- queda atrapada de tal modo que llega a desencadenar por sí misma el ataque de pánico. El trastorno, como atractor o pauta de orden, se ha hecho funcionalmente autónomo. Obsérvese que el núcleo conceptual de la autocatálisis es, en la aplicación psicopatológica que Grawe propone, el siguiente: que el trastorno ha acabado siendo independiente de los condicionantes originarios. En su existencia ya no depende ahora, necesariamente, de que haya fuerte tensión por determinada conflictiva motivacional. El trastorno mental ha adquirido así una dinámica propia, específica para cada entidad diagnóstica. Ejemplo relacionado con el anterior es la agorafobia, que como atractor de trastorno muestra sus componentes: conducta de evitación, aprensión ansiosa, expectancia catastrofista, insuficiente autoeficacia o sensibilización a indicadores fisiológicos. Estos componentes se han convertido en parámetros funcionalmente independientes capaces de activar, mediante una cascada retroactiva positiva, el atractor en su totalidad. Son ahora estos parámetros los que controlan el atractor de trastorno, y ya no el parámetro inicial, es decir, la tensión por inconsistencia motivacional.

Son estos parámetros específicos de cada trastorno las vías por las que hay que abordar terapéuticamente la sintomatología. La psicoterapia dará resultado en la

medida en que sea capaz de desestabilizar el atractor de trastorno, la pauta de orden sindrómica. Si (y sólo si) la tensión motivacional ya es residual o inexistente, son los diversos parámetros que componen y controlan el atractor los que han de ser terapéuticamente abordados, es decir, tiene que concentrarse todo el esfuerzo terapéutico en que queden interferidas las condiciones de persistencia que mantienen la dinámica propia del trastorno. Ahí está el fundamento que avala tratar cada trastorno según una metodología específica. Y está claro que en psicoterapia, quienes han avanzado más en este campo de la indicación específica son los autores de orientación cognitivo-conductual, no los de procedencia psicodinámica o experiencial. A los manuales de los primeros, nos dice Grawe, hay que recurrir para abordar, de la forma técnicamente más diferenciada posible, los distintos trastornos. De las ideas de los segundos habrá de venir la inspiración necesaria para tratar, en psicoterapia, el intrincado ovillo de los conflictos motivacionales.

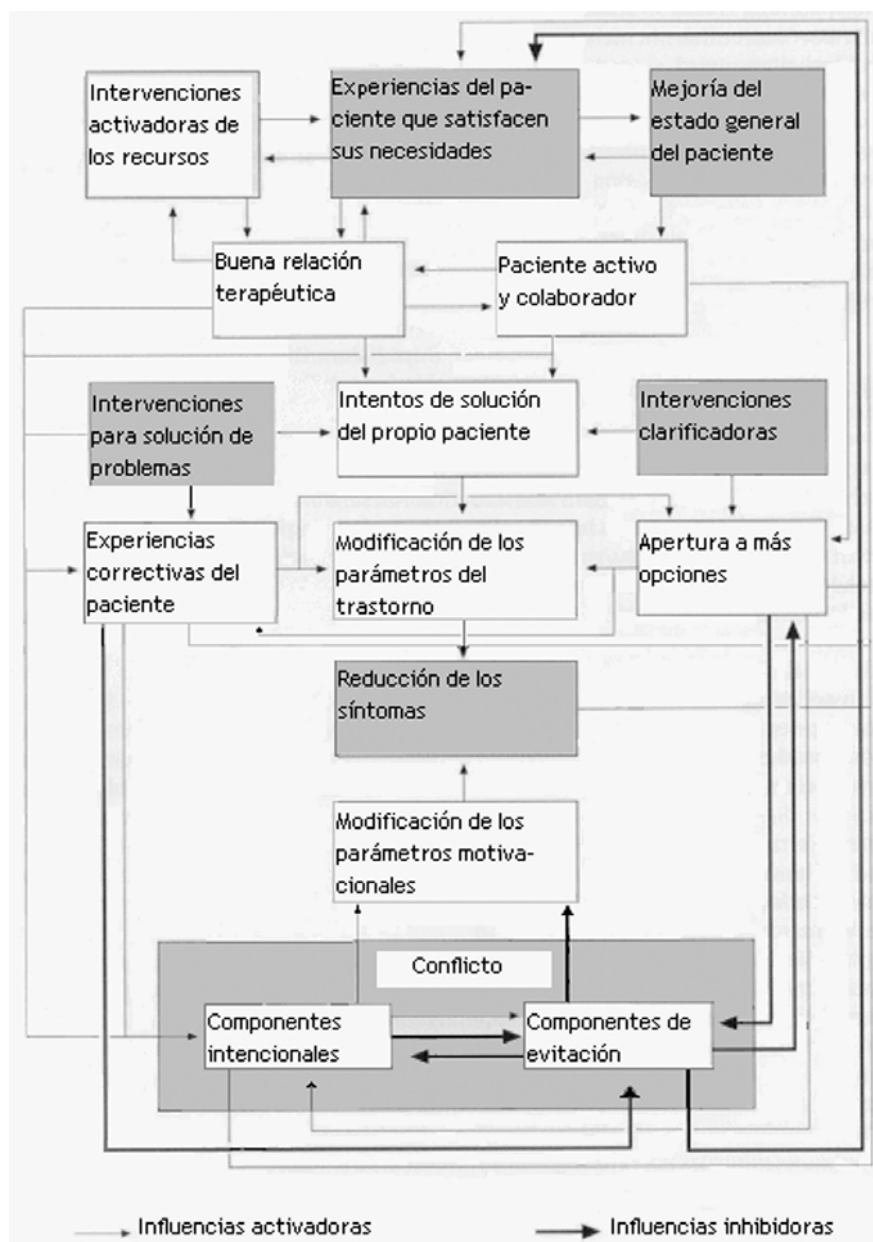
### **TRATAR Y CLARIFICAR**

Es evidente que una persona que padece un trastorno puede albergar inconsistencias y tensiones motivacionales capaces de erigirse en la condición de persistencia del trastorno. En términos graweanos diremos que junto a los parámetros específicos del trastorno que acabamos de ver, tenemos también los parámetros motivacionales individuales. Ambos grupos de parámetros condicionan y controlan el trastorno como atractor. En estos casos la psicoterapia habrá de dirigirse a desestabilizar ambos tipos de parámetros, y el método general de abordar terapéuticamente los conflictos motivacionales, en aras de disminuir la inconsistencia volitiva por ellos generada, será favorecer los vectores intencionales y neutralizar el efecto de bloqueo proveniente de la evitación/represión. Siempre que el psicoterapeuta vea que su paciente no tiene consciencia de albergar un esquema de evitación que le está bloqueando, aquél deberá intentar clarificar estos aspectos, para que el paciente se dé cuenta, es decir, se vuelva consciente de lo que está negando o evitando. Cuando el paciente ya es consciente de los esquemas de evitación que le obstaculizan la satisfacción de sus necesidades, entonces hay que trasladar el peso de la intervención terapéutica a la solución de los problemas. Con tal tipo de realizaciones concretas también se estarán facilitando las asociaciones mentales-neuronales que favorecen lo intencional, lo propositivo, y se estará inhibiendo el componente de evitación que hay en los conflictos. Ambos tipos de intervención terapéutica, la clarificadora y la solucionadora de problemas, nos dice Grawe que debiera estar siempre flanqueada por las técnicas cognitivo-conductuales hoy día asentadas específicamente para cada trastorno, puesto que los parámetros condicionantes de la sintomatología terminan por funcionar independientemente de los parámetros motivacionales.

Según esta teorización, el nivel de inconsistencia de la actividad psíquica es el criterio más importante para indicar diferencialmente una psicoterapia orientada



específicamente al trastorno o a la elaboración del conflicto. Según Grawe, ante un trastorno específico sin indicios de elevada inconsistencia en la actividad mental, tratar para reducir los síntomas tiene buen pronóstico. Si en cambio hay indicios de un campo motivacional inconsistente, además de lo anterior habrá de abordarse la conflictiva individual mediante intervenciones clarificadoras y resolutivas de



problemas que, lejos de estar contraindicadas para el trastorno, pueden favorecer globalmente el bienestar del paciente por medio de una mejor satisfacción de sus necesidades y, en definitiva, contribuir a la mejoría clínica.

Para Grawe, la presencia de comorbilidad es una prueba de la existencia de inconsistencia motivacional. Esta tensión deviene, a su vez, el terreno abonado para que surjan los trastornos. Los trastornos precedentes funcionan como verdaderos *constraints*, es decir, condiciones de existencia de sucesivos trastornos. En esta línea se entiende que la presencia de trastornos ansiosos predisponga hacia la aparición de trastornos depresivos. La aparición de cada nuevo trastorno obedece a que el sistema pretende reducir un nivel de tensión excesivo. Es una patogenia que puede sintetizarse así: se produce un refuerzo diferencial de una nueva pauta de orden, de un nuevo atractor –el síntoma, el síndrome- que funciona como válvula de escape de la tensión acumulada por excesiva inconsistencia motivacional. Resuelve así el exceso de tensión a corto plazo, pero no es una buena solución a largo plazo porque en el sistema van proliferando síntomas y síndromes a causa de dicha patogenia. Se genera una espiral de comorbilidad. Por lo tanto, en presencia de comorbilidad psiquiátrica hay que poner atención a indicadores de un posible estado motivacional inconsistente. Si se concluye que sí existe dicho estado, entonces -indica Grawe- el tratamiento del conflicto psíquico tiene prioridad sobre el tratamiento específico de los trastornos. Y en ningún caso habrá de limitarse el tratamiento a esto último.

### **LOS TRES COMPONENTES DE LA PSICOTERAPIA GENERAL**

El postulado que se infiere de todo lo expuesto es el siguiente: que lo que puede lograr la psicoterapia es devolver la consistencia al funcionamiento mental del paciente. Ayuda al individuo a vivir más en consonancia con sus necesidades. Disponemos de tres vías de abordaje terapéutico para conseguirlo:

1. Activación y refuerzo de recursos preexistentes, esto es, facilitación de los esquemas intencionales.
2. Reducción de la inconsistencia por desestabilización de los atractores de trastorno; recuérdese que estos han desencadenado una dinámica propia por haberse lesionado una o más necesidades humanas básicas. Desestabilizar el trastorno quiere decir dejar libre el camino para que lo que determine el funcionamiento mental sean los esquemas intencionales ligados a las necesidades, y no el blindaje evitacional de las necesidades vulneradas.
3. Reducción de la inconsistencia por inhibición de lo evitacional y facilitación simultánea de lo intencional; recuérdese que ambos componentes constituyen, en esquema, el conflicto. Por esta vía se puede llegar a satisfacer mejor las necesidades humanas básicas.

Por lo tanto, el psicoterapeuta dispone de tres maneras de influir en su paciente,

tal como se esquematiza en la figura . Es un modelo tripartito de psicoterapia, que en terminología graweana puede resumirse así:

1. Activación de recursos: los esquemas intencionales preexistentes, es decir, los recursos del paciente, deben ser activados con la mayor intensidad y frecuencia posible, para favorecer su influencia en el funcionamiento mental –esto es lo que significa el término facilitación. En el esquema 2 es lo ilustrado en su tercio superior.
2. Intervenciones específicas en cada trastorno: de lo que se trata es de debilitar las pautas de orden problemáticas que hay en el funcionamiento psíquico del paciente. Lo que podemos abordar de dos maneras: comenzando por los atractores de trastorno o por los esquemas de evitación. Puede disminuirse la influencia de dichos atractores sobre el funcionamiento mental modificando los parámetros que controlan específicamente los trastornos, es decir, mediante intervenciones terapéuticas específicas para cada trastorno. Es lo que ilustra el tercio medio del esquema 2.
3. Elaboración de conflictos: Las otras pautas de orden problemáticas son esquemas de evitación disfuncionales. Ocupan el campo motivacional del individuo y contribuyen a funcionar como parámetros que controlan también la sintomatología. Puede debilitarse su influjo mediante intervenciones terapéuticas de tipo solución de problemas y/o clarificación. Ilustrado en el tercio inferior del esquema 2.

Está claro que los mejores resultados psicoterapéuticos se lograrán activando simultáneamente estos tres componentes. También puede reformularse -esta vez según un modelo bipartito también explicitado por Grawe- como que *lo más eficaz en psicoterapia es combinar sinérgicamente intervenciones activadoras de recursos y elaboradoras de problemas*. Obsérvese la importancia que da el autor al tema de la activación de los recursos preexistentes en cada paciente y también cómo aglutina en uno solo los conceptos de elaboración de conflictos y solución de problemas; en él también está implícito el de actualización de problemas del primer modelo graweano, cuatripartito, que vimos al comienzo. Enfatiza el autor: cuanto más se activen los esquemas intencionales del paciente, menor será su influencia en las pautas de orden problemáticas. Cuanta menor influencia tengan los atractores de trastorno y de evitación, tanto mayor espacio habrá para el desarrollo de esquemas intencionales, es decir, para que se produzcan, con eficacia progresiva, intentos de satisfacer las necesidades básicas propias de todo ser humano.

Puede decirse, por tanto, que a partir de postulados y conocimientos extraídos de la psicología académica, la psicoterapia general propone el uso sinérgico de la solución de problemas y la clarificación, del abordaje específico de los trastornos y la elaboración de los conflictos individuales. Desde este punto de vista integracionista, la separación de ambas orientaciones, todavía imperante en psico-

terapia, no se sostiene, está científicamente superada, carece de fundamento. No se halla en la naturaleza de los fenómenos terapéuticos que vemos en clínica. Los conocimientos actuales de proveniencia empírica, nos intenta persuadir Grawe, son una razón aplastante para adoptar el monismo de una psicoterapia general avalada por la investigación en psicoterapia, en psicología y en neurociencias.

Para concluir esta breve exposición de la propuesta graweana, que en sus detalles –cómo ha de ser la práctica cotidiana de la psicoterapia, qué contenidos ha de haber en la formación y acreditación del psicoterapeuta, cómo debería ser la asistencia psicoterapéutica pública, etc.- es realmente exhaustiva y que está disponible en las citas de la bibliografía adjunta, el propio autor emplea la siguiente metáfora (Grawe, 2000). A la vista del creciente interés por integrar las grandes perspectivas de la psicoterapia –cognitiva, conductual, experiencial, psicodinámica, multicultural- puede decirse que la aproximación de posturas ya es un hecho. Cuando las personas acercan posturas ocurre a veces que surge una realidad nueva: nace con rasgos propios y al mismo tiempo suele entreverse quiénes la han generado. Posiblemente deparará grandes alegrías a los progenitores durante su desarrollo inmediato y futuro. La psicoterapia general todavía es un retoño demasiado joven para una generación de padres aprisionados por el pensamiento de sus respectivas escuelas. No está claro si en este momento hay que ver la psicoterapia general en *status nascendi* o como recién nacido. Lo que sí está claro es que dispone de múltiples progenitores. Hay que esperar que la quieran como a un hijo y no ahorren esfuerzos para que alcance su mayoría de edad científica.

---

*Se revisa, por vez primera en español, la psicoterapia general de K. Grawe, centrándose en su núcleo teórico. Se posiciona frente al pensamiento de escuela y las adscripciones personales y promueve los conocimientos basados en la investigación. Se reformulan aspectos psicológicos clave como la motivación y la acción, la percepción y las necesidades humanas básicas, la intención y la evitación, el funcionamiento consciente y el implícito, o la solución de problemas y la clarificación. Se introducen en psicoterapia conceptos como inconsistencia motivacional, autocatálisis patógena o atractor/pauta de orden. La psicoterapia general identifica tres factores de cambio: activación de recursos, intervenciones específicas de trastorno y elaboración de conflictos. Versiones anteriores incluían la actualización de problemas, mientras que la puesta al día más reciente se resume en una definición: la psicoterapia es efectiva si combina sinérgicamente intervenciones activadoras y elaboración de problemas. La psicoterapia general de Grawe, internacionalmente conocida, se considera el esfuerzo teórico europeo más relevante en integración psicoterapéutica.*

Palabras clave: *psicoterapia general, integración, K. Grawe*

## Referencias Bibliográficas

- ALFORD, B.A., BECK, A.T. (1997) *The integrative power of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford
- BECK, J.S. (1995) *Cognitive therapy: basics and beyond*. Nueva York: Guilford
- BOOK, H.E. (1998) *How to practice brief psychodynamic psychotherapy: the core conflictual relationship theme method*. Washington DC: American Psychological Association
- CORSINI, R.J., WEDDING, D. (eds) (2000) *Current psychotherapies* (6° ed). Itasca (IL): F.E. Peacock
- EGAN, G. (1997) *The skilled helper: a problem-management approach to helping* (6° ed). Pacific Grove (CA): Brooks/Cole
- ELLIS, A., MACLAREN, C (1998) *Rational emotive behavior therapy: a therapist's guide*. San Luis Obispo (CA): Impact
- EPSTEIN, S., MORLING, B. (1995) Is the self motivated to do more than enhance and/or verify itself? En Kernis, M.H. (ed) *Efficacy, agency and self-esteem*. Nueva York: Plenum Press
- GARFIELD, S.L. (1992) Eclectic psychotherapy: a common factor approach. En Norcross JC y Goldfried MR (eds) *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York: Basic Books
- GREENBERG, L.S., RICE, L.N., ELLIOT, R. (1993) *Facilitating emotional change: the moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford
- GRAWE, K. (2000) Allgemeine Psychotherapie. En Senf, W., Broda, M. (eds) *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme
- GRAWE, K. (1998) *Psychologische Therapie*, Göttingen: Hogrefe
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1998) *Psychotherapy in transition: from speculation to science*, Göttingen: Hogrefe
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1994) *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*, Göttingen: Hogrefe
- HECKHAUSEN, H., GOLLWITZER, P.M., WEINERT, F.E. (eds) (1987) *Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer
- LAZARUS, A.A. (1992) Multimodal therapy: technical eclecticism with minimal integration. En Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds) *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York: Basic Books
- LAZARUS, R.S. (1991) *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1997) *Understanding transference: the core conflictual relationship theme method* (2ª ed). Washington DC: American Psychological Association
- MASLOW, A.H. (1998) *Toward a psychology of being* (3ª ed). Nueva York: John Wiley & Sons
- NORCROSS, J.C., GOLDFRIED, M.R. (1992) *Handbook of psychotherapy integration*. Nueva York: Basic
- ORLINSKY, D.E., GRAWE, K., PARKS, B.K. (1994) Process and outcome in psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Nueva York: John Wiley
- PONTEROTTO, J.G., CASAS, J.M., SUZUKI, L.A., ALEXANDER, C.M. (1995) *Handbook of multicultural counseling*. San Francisco: Jossey-Bass
- POWERS, W.T. (1989 y 1992) *Living control systems*. I y II. Gravel Switch (KY): Control System Group
- PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. (1999) *Systems of psychotherapy: a transtheoretical approach* (4ª ed). Pacific Grove (CA): Brooks/Cole
- RYLE, A. (1987) Cognitive psychology as a common language for psychotherapy. *Integrative and Eclectic Psychotherapy* 6
- SOLE PUIG, J. (2001) Neurobiología de la conciencia. *Jano* 61 (1047): 74-75
- SOLE PUIG, J. (2000) La investigación en psicoterapia *Archivos de Psiquiatría* 63 (2): 97-102
- SOLE PUIG, J. (1995) ¿Qué es y dónde está la psicoterapia interpersonal? *Revista de Psicoterapia* 6 (22-23): 141-159