

EL PODER TERAPEUTICO DE LAS IMAGENES

Ramón Rosal Cortés

Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista

The object of this article is to explore, within the framework of the integrationist movement in psychotherapy, the status of guided imagery within various present-day models in psychotherapy. While acknowledging the great diversity in the method of application of imagery, a common element in its use by the various schools of psychotherapy is the belief in the therapeutic effectiveness of mental visualizations. The current reevaluation of the therapeutic benefits of imagery has been possible only after overcoming Cartesian dualistic notions and Watsonian prejudice against therapeutic visualizations. At the end of the article two examples are described of "change events" that call for the application of guided imagery.

INTRODUCCIÓN

En las publicaciones psicológicas españolas de los últimos treinta años —tanto de libros como de artículos— podemos comprobar la casi total ausencia del tema de las imágenes, y especialmente del uso de la imaginería en psicoterapia, salvo lo referente a algunas aplicaciones en las terapias conductual-cognitivas. En la literatura psicológica latinoamericana aparece algo más sobre el tema, pero con poca diferencia. Llama la atención el hecho de este silencio, cuando desde los años sesenta, el resurgimiento de la aplicación de las imágenes en una gran variedad de modelos terapéuticos resulta espectacular. Puede comprobarse fácilmente esta realidad echando una ojeada —en el *Subject Index* de los *Psychological Abstracts*— de los términos *Imagery*, *Imagination* y *Eidetic Imagery*. Entre las revistas, aparte de la *International Review of Mental Imagery*, hay que destacar la calidad y enfoque pluriparadigmático del *Journal of Mental Imagery*, que viene publicándose en Nueva York desde 1977, en el marco de la *International Imagery Association*, promotora también de la *American Imagery Conference*. Asimismo, entre los congresos, conviene señalar la *Annual Conference of the American Association for the Study of Mental Imagery*, cuyos trabajos vienen publicándose desde 1980 en sucesivos volúmenes con el título general de *Imagery*.

Aparte de las publicaciones procedentes de los representantes de diversos modelos terapéuticos —de los que luego informamos— y de los primeros trabajos

de investigación empírica iniciados por parte de alguno de ellos, abundan las revisiones sobre aspectos del tema, y sobre información panorámica de los principales modelos que utilizan las imágenes. En éstas últimas se señalan los elementos comunes y aspectos diferenciadores de las terapias con imágenes, y de las comprobaciones clínicas convergentes sobre su efectividad. De éstos trabajos de revisión, los que hemos encontrado más completos y tenemos principalmente presentes en la primera parte de este escrito son (por orden alfabético) los de: Horowitz, M.J. (1974, 1983), Klinger, E. (Ed.) (1981), McMahon, E.C. and Sheikh, A.A. (1984), Meichenbaum, D. (1978), Sheikh, A.A. and Shaffer, J.T. (Eds.) (1979), Sheikh, A.A. (Ed.) (1983), Sheikh, A.A. (Ed.) (1984), Shorr, J.E. et al. (Eds.) (1980), Shorr, J.E. et al. (Eds.) (1983), Singer, J.L. and Pope, K.S. (1978), Watkins, M. (1984), Wolpin, M. et al. (1986). La contribución de las publicaciones de Sheikh, A.A., tanto las revisiones generales sobre el tema como las monográficas nos resultan de especial interés por tener en cuenta siempre a representantes de la totalidad de paradigmas psicológicos y modelos terapéuticos.

Partimos de la base de una *metodología terapéutica ecléctico-integradora*, dentro del marco de una metateoría (Villegas, M. 1990); de la preferencia por la investigación del aspecto *procesual* de la terapia (Bastine, R., Fiedler, P. y Kommer, D. 1990); del interés por la *investigación de elementos comunes* en diversos modelos terapéuticos respecto a los tipos de procedimientos de intervención o técnicas; y de la conveniencia de plantear dicha *investigación en contextos específicos* dentro de las sesiones de terapia, para lo cual nos resulta operativo el autodenominado “paradigma de acontecimientos” (Elliot, 1983; Horowitz, 1982; Rice and Greenberg, 1984; Greenberg, 1983). Evitando que se produzca, en este caso, el peligro del que advierte Villegas cuando sostiene que “olvida un detalle importante [...], la particularidad del cliente, limitándose a relacionar la bondad de la intervención terapéutica como lo apropiado de una técnica a una tarea determinada” (Villegas, 1990, p. 17).

En su rechazo de la hipótesis de la eficacia equivalente de las terapias, Paul (1967) había propuesto la formulación de la matriz “tratamiento x terapeuta x cliente x problema x situación” que significaba el planteamiento de la siguiente pregunta antes de decidir o recomendar una actuación específica terapéutica: “qué tratamientos, administrados por quién, en qué circunstancias, son más beneficiosos, para qué clientes y con qué problemas”. Habiendo aceptado el “paradigma de acontecimientos” de Greenberg y otros, siempre que quede soslayado el peligro indicado, la reformulación de la pregunta podría ser, en relación con el tema de presente trabajo: “Ante qué problema específico del cliente del que aparece una señal, en qué fase del proceso terapéutico, con qué tipo de cliente, y a partir de qué tipo de actitudes y destrezas del terapeuta, puede resultar claramente eficaz una intervención con fantasía guiada para facilitar un resultado inmediato intrasesión”.

En la psicoterapia integradora que utilizamos (Rosal y Gimeno-Bayón, 1991),

hemos clasificado ciento dos tipos de problemas específicos que son susceptibles de cambios intrasesión en el proceso terapéutico, en la línea del “paradigma de acontecimientos”. De ellos, en más de una tercera parte, la aplicación de un procedimiento con utilización de la fantasía se nos presenta, en la experiencia clínica, como notablemente eficaz para facilitar cambios creativos intrasesión, y en mayoría de los casos, como más eficaz —en principio— que las intervenciones exclusivamente verbales o las exclusivamente psicocorporales. En este estudio únicamente nos referimos a dos de dichos problemas, pero antes es preciso ofrecer, aunque se a de forma muy esquemática, una panorámica sobre el resurgimiento del interés por las imágenes en psicoterapia y una relación de las principales hipótesis sobre su efectividad, comprobada en la experiencia clínica de los diferentes modelos.

USO TERAPÉUTICO DE LAS IMÁGENES ANTES DEL PARADIGMA CONDUCTISTA

El reconocimiento del poder terapéutico de las imágenes puede tener su punto de partida en la psicología filosófica de Aristóteles (siglo IV a.d.C.) que la interpreta como la principal fuerza motora en la acción humana. Aristóteles sitúa la actividad imaginativa como fronteriza entre lo que hoy denominamos lo cognitivo, lo emocional y lo conativo, y entre lo psíquico y lo somático. Esta interpretación de carácter holista ejercerá posteriormente un influjo notable en las teorías fisiológicas y psicológicas y en las prácticas médicas de la Antigüedad, de la Baja Edad Media y del Renacimiento. A lo largo de todos estos períodos, y partiendo de la función energizadora de las imágenes —esquematizando el proceso histórico de esta cuestión— se comprueba el reconocimiento generalizado de su función en la patogénesis y de su utilización en los procedimientos terapéuticos (McMahon, 1973; McMahon y Sheikh, 1984). Estas interpretaciones, en el marco de unos enfoques predominantemente holistas, probablemente no fueron interrumpidas hasta el surgimiento del dualismo cartesiano en la Edad Moderna, siglo XVII.

El pensamiento filosófico estoico coincide con Aristóteles en señalar las imágenes como energizadores básicos de los deseos o motivaciones y de las emociones. Si proponen, a diferencia de Aristóteles, inhibir la actividad imaginativa, es debido a su interpretación de la vida sana como caracterizada por el máximo grado de serenidad, y su consideración de los deseos y emociones como factores principales de la pérdida de la misma. Este enfoque de estilo estoico que ha resurgido periódicamente en la historia, está hoy también presente en Occidente, probablemente por influencia de algunas corrientes procedentes de la India.

Hasta Descartes puede sostenerse que predominó una interpretación de toda enfermedad como un proceso psicósomático —enfoque holista— y con frecuencia se atribuyó, en este proceso, un papel relevante a la imaginación y la fantasía. Era frecuente considerar que las enfermedades procedían de la imaginación y que

podrían tratar de superarse trabajando sobre ésta.

Ya en el siglo segundo encontramos a Galeno, que analizaba las imágenes que aparecían en los sueños de sus pacientes, como vías para el diagnóstico de trastornos de la salud que, en principio, siempre se entendían como psicósomáticos. Se recurría a ejercicios con el uso de imágenes para sustituir los estados que entonces denominaban “melancolía” por estados de bienestar psicósomático. Este modo de proceder, que se mantuvo durante siglos, también se utilizaba para superar los peligros de la supresión o represión de las emociones.

Cuando a finales del siglo XIX, tras dos siglos con predominio de antropología dualista cartesiana, aparece la obra de D.H. Tuke (1827-1895) tratando de mostrar la invalidez del paradigma médico dominante, y presentando una interpretación holista en la que sostiene la influencia de la mente sobre lo somático, tanto para los procesos patológicos como los terapéuticos, y subrayando el poder de la actividad imaginativa en ellos, ilustrando su obra con abundancia de experiencias clínicas, la reacción del cuerpo médico fue de pasividad general, lo que hoy podemos comprender si tenemos presentes las investigaciones de T. Khunn sobre las resistencias que se producen en el proceso de las “revoluciones científicas”.

Sin embargo, en el campo psicológico se da al final del siglo XIX y comienzo del XX una reaparición de enfoques holistas y una revalorización de las imágenes que, si bien duró únicamente hasta el rechazo de las mismas provocado en los años treinta por influencia de Watson, pueden considerarse como los antecesores del actual movimiento de las oniroterapias. Señalamos algunos de los autores que aparecen en la recopilación de Sheikh y Jordan (1983):

Pierre Janet (1898) para facilitar la superación de las “ideas fijas” en los pacientes histéricos encontró eficaz la práctica de sustituir una imagen por otra, técnica que según muestra Crampton (1974) perdura actualmente. Alfred Binet (1922) denominó “método del diálogo” su técnica provocadora de un peculiar estado de introspección en el cual el paciente dialogaba con las imágenes visuales. El alemán Carl Happich (1932), en la línea de Binet, y en un enfoque terapéutico en el que las imágenes ya ocupaban un espacio primordial, facilitaba el contacto con un estado mental que denominaba “zona meditativa” —entendida como intermedia entre el consciente y el inconsciente— y en la que introducía imágenes simbólicas como el prado, la montaña, etc. que posteriormente han sido también utilizadas por otros modelos terapéuticos, entre otros los de Kretschmer (1969) (y habría que citar también aquí a Leuner, 1977).

Probablemente fue Eugene Caslant (1921) el primero en proponer al sujeto la fantasía de ascensión y descenso en un espacio imaginario, como técnica facilitadora del crecimiento personal, elemento imaginario que se aumenta posteriormente en el Ensueño Dirigido de Desoille y en la Psicosisíntesis de Assagioli. Destacan finalmente como un hito importante de principios de siglo, en la historia de la presencia de las imágenes en la psicoterapia, las metodologías de los alemanes J.H. Schultz

(Schultz, Luthe 1959) y Ludwig Frank (1910), y del suizo Mar Guillerey (1945). El primero, creador, en colaboración con Luthe, del denominado “entrenamiento autógeno”, conducía a los pacientes, con la ayuda de imágenes, al logro de las mismas sensaciones fisiológicas que se experimentaban en los estados hipnóticos y que facilitaba trabajos terapéuticos. Se había inspirado en las experiencias de Oskar Vogt, que empleaba ejercicios de autohipnosis, pero se alejaba de éste en evitar el estado de pasividad y de dependencia respecto al terapeuta típico del sometido a hipnosis. L. Frank provocaba un tipo de relajación profunda que daba lugar a la emergencia de imágenes hipnagógicas a las que atribuía efectos catárticos. Guillerey, integrando las interpretaciones psicósomáticas de Roger Vittoz (1907), practicó ya desde 1925 la fantasía dirigida.

En cuanto al paradigma psicoanalítico, su iniciador, Freud, la utilizó un breve tiempo como elemento psicoterapéutico, precisamente al abandonar el uso de la hipnosis y preferir un procedimiento que pudiese estar bajo el control del paciente y en concreto el uso de las imágenes de la fantasía. Sin embargo, a partir de 1900, decidió ir en contra del uso explícito de la imaginación como vía para el trabajo analítico al interpretarla predominantemente como manifestación de las defensas del paciente.

Su canal para la comunicación terapéutica sería el verbal, en el que incluía la libre asociación y la interpretación de los sueños. El fluir de las imágenes fue interpretado por Freud como una forma de manifestación de las resistencias del sujeto, cuya retirada había que facilitar.

De hecho, el fomento por parte de Freud de la espontaneidad en el ejercicio de la libre asociación mostraba, como señala Watkins (1984) que valoraba la destreza de facilitar la corriente libre de imágenes, fuese verbal o visual. La posición habitual del paciente en la sesión psicoanalítica y la semioscuridad de la habitación son condiciones facilitadoras del surgimiento de imágenes de la fantasía y de las vivencias emocionales asociadas. Sin embargo “con el énfasis en la libre asociación verbal [...] mucha de la información que habría podido recogerse sobre el papel de la imagen visual en el tratamiento psiquiátrico se ha perdido” (Watkins, 1984, p. 40).

El rechazo por parte de Freud de la efectividad terapéutica de las imágenes no impidió que en el paradigma psicoanalítico encontremos, ya desde el principio, algunos representantes que se distancian en este punto del maestro, entre ellos Pierce

Clark (1925) que utilizaba la libre asociación de imágenes, y A. Freud, que la combinaba también con la fantasía guiada, en el trabajo psicoanalítico con niños (Crampton, 1974). Entre las aportaciones actuales de orientación analítica destacamos las de Joseph Reyher con su “Emergent Uncovering Psychotherapy” (vid. Reyher, 1968, 1977, 1978) y Mardi J. Horowitz (1963, 1970, 1978).

Entre los grandes maestros de la psicoterapia de principios de siglo es imprescindible destacar a Jung como uno de los iniciadores del uso terapéutico de las imágenes y que es quien ejerce una influencia de mayor peso en las onirotapias

actuales. Jung entiende la imaginación como un proceso creativo de la psique que permite una mayor integración individual, interpersonal y espiritual; y considerando la unidad mente-cuerpo como un proceso vital, interpreta la imaginación como un medio de percibir y experimentar dicho proceso.

Para Jung, la denominada por él “imaginación activa” es de especial interés en el proceso terapéutico, aunque Jung considere arriesgado su uso antes de la fase final de la terapia. La denominación responde a la convicción de Jung de que las imágenes son activas por sí mismas: de ahí que no acepte las intervenciones del terapeuta durante sus manifestaciones, ni siquiera en la forma moderada en que lo hace el “Ensueño Dirigido” de Desoille, extremo no compartido por los jungianos actuales. Para Jung, el poder de estas imágenes dinámicas, durante la sesión terapéutica, es superior al de los sueños, de cara a revelar el inconsciente y para animar la maduración en el análisis del paciente.

La imaginación activa será completada a veces por dibujos o pinturas. Baudouin (1963) resume cómo esta práctica no va contra la espontaneidad que Jung reclama para el paciente: “También aquí el sujeto será *invitado*, ciertamente, a dibujar o a pintar; pero esto, a partir de las producciones de su sueño o de su imaginación activa, de las que se le inducirá a mostrar algunas formas o colores que le han chocado, no sin permitir dejarlas modificarse al antojo de su mano y de la inspiración del momento. Podría decirse que se trata, en suma, de continuar soñando, con ayuda del lápiz o del pincel” (Baudouin 1963/1967, p. 219).

Una información satisfactoria sobre el tema de las imágenes en Jung debe referirse a sus conceptos de *imago* (p.e. imago paterna, imago materna), *arquetipo*, término que sustituye al anterior, con posterioridad a sus primeros escritos. “El arquetipo [...] designa una imagen original que existe en el inconsciente [...]. El arquetipo es un centro cargado de energía (Jung, 1950, p. 366). Según Jacobi “los arquetipos podrían denominarse también ‘autorretratos de los instintos’ en la psique, imágenes de pasados acontecimientos psíquicos”. (Jacobi, 1959/1976, p. 81). También habrá que señalar su concepto de *símbolo*, entendido de forma muy alejada de Freud, al negar que se trate esencialmente de un disfraz. Para Jung, los símbolos que aparecen en los sueños y en otras creaciones imaginarias, son verdaderos transformadores de energía del acontecer psíquico. No podemos, en el espacio de este artículo, detenernos más en estos aspectos.

Ya desde los inicios de la revolución conductista, el tema de las imágenes quedó descalificado y eliminado de la investigación psicológica. Las imágenes lógicamente se incluían entre esa serie de “cuestiones especulativas” o “conceptos mentalistas” que según Watson (1913) no es posible someter a tratamiento experimental, y que, “lamentablemente” según él, habían acaparado la atención de muchos psicólogos introspeccionistas. En su obra *Behaviorism* (1930), Watson descalifica con el término de “quimeras” a todos los productos que se atribuían a la imaginación, y ruega al colectivo de psicólogos que se abstengan de ocuparse de ellas, lo cual fue

objeto de un acatamiento general por parte de los investigadores durante más de treinta años. Como informa Denis (1984, p. 14), “al rechazar el concepto de imagen, por su carácter mentalista y porque no hay ninguna prueba experimental que permita afirmar la significación funcional de la imagen en la conducta, Watson (1930) propuso su propia solución, que consistía en considerar las respuestas verbales implícitas (o mejor dicho, los “procesos sensoriales localizados en la laringe”) como el mecanismo responsable de las funciones atribuidas hasta entonces a la imagen en las conductas psicológicas”.

A partir de estas declaraciones de la cabeza visible del cuerpo de psicólogos investigadores se comprende, como señalan Sheikh y Panagiotou (1975), y Denis (1979) que los psicólogos experimentales ignorasen la realidad de las imágenes y se centrasen exclusivamente en las asociaciones lingüísticas y conductuales. Durante unos cuarenta años, como ha destacado Holt (1964) las imágenes fueron condenadas al ostracismo. Es a partir de los años sesenta, cuando se manifiesta en representantes de modelos teóricos diversos, un decidido retorno a la investigación psicológica de las imágenes y de sus aplicaciones terapéuticas.

VARIANTES DE SISTEMAS TERAPEUTICOS ACTUALES CON UTILIZACIÓN METODOLOGICA DE LAS IMAGENES

Para ofrecer una presentación sumaria de los modelos terapéuticos que recurren claramente a la imaginación, los clasificamos según un doble criterio: a) el carácter predominantemente espontáneo (autónomo) o bien controlado del uso de la imaginación, y b) el carácter exclusivo (o al menos claramente predominante) o bien el carácter de elemento importante pero no primordial de dicho recurso terapéutico. En primer lugar, nos encontramos con modelos de psicoterapia profunda que, al estilo de Jung, reconocen una vida propia en el dinamismo imaginario, métodos que constatan el poder de las imágenes para conducir a intuiciones creativas —sobre el sí mismo del paciente y sobre su mundo— (*insights*), y a cambios específicos en el proceso de reestructuración de los subsistemas cognitivo, emocional, y práctico - especialmente interpersonal -, conducentes a la reestructuración del sistema de personalidad, tal como nosotros entendemos el proceso creativo psicoterapéutico.

En general, los terapeutas que trabajan en estos modelos tienen mucho interés en recibir información detallada sobre las visualizaciones imaginarias que experimenta el paciente, con sus correspondientes dramatizaciones. Consideramos que la diferencia de los modelos a los que nos referiremos, respecto a la “imaginación activa” de Jung, está en el hecho de que sean directivos: se da en ellos algún grado de intervención del terapeuta, no sólo en el momento inicial de invitar a la experiencia imaginaria, sino también durante su desarrollo. Según ellos comprueban, estas intervenciones no impiden la realidad de la actividad imaginaria autónoma del paciente, y en cambio enfrentan al mismo ante situaciones de mayor interés

para la efectividad terapéutica, acelerando el rendimiento del trabajo.

Dentro de este grupo, que denominamos “terapias que trabajan con la espontaneidad de las imágenes”, distinguimos dos subgrupos (a partir del segundo criterio mencionado antes): en primer lugar, aquellos modelos cuya metodología se centra casi exclusivamente (o al menos primordialmente) en el trabajo con las imágenes, de forma que el tiempo de las sesiones es acaparado, o bien en ejercicios de fantasía guiada, o bien en comunicaciones verbales dirigidas a la elaboración a partir de aquéllas. Al subgrupo primero, que es el que nos interesa aquí principalmente, lo denominamos *oniroterapias*.

En el subgrupo segundo, de los interesados en la espontaneidad terapéutica de las imágenes, situamos a un conjunto de modelos —mayoritariamente de enfoque metodológicamente integrador— en los que el uso de la fantasía constituye un elemento terapéutico importante en mayor o menor grado, en combinación con otros recursos técnicos o bien lingüísticos, o bien psicomotrices, según los casos.

El grupo de los que no trabajan con la espontaneidad de las imágenes, lo denominamos *terapias con fantasía controlada*. Incluimos aquí a una variedad de técnicas conductual-cognitivas que, paradójicamente, a pesar de ser acuñadas por seguidores —aunque heterodoxos— de Watson, han sido protagonistas importantes en el proceso de revalorización del uso terapéutico de las imágenes en la comunidad de los psicólogos científicos. Probablemente esto puede ser debido a la mayor aceptación de que han disfrutado en mayoría de ámbitos académicos, inevitablemente refractarios a conceder ayuda económica a representantes de oniroterapias, más interesados en el potencial, por decirlo así, del cerebro derecho —o si se prefiere, del pensamiento mágico, según lo denominan algunos— que del potencial cognitivo del cerebro izquierdo, más reconocido hasta ahora en los centros de poder. En estos sistemas el terapeuta, en general, no tiene mucho interés en ser informado sobre las peripecias de los “viajes imaginarios” del paciente. Lo que le importa es tener la seguridad de que éste ha cumplido la tarea de practicarla, normalmente con el objetivo de superar patologías derivadas de aprendizajes conductuales que dependen del condicionamiento clásico o del condicionamiento operante. El uso de las imágenes en estos métodos no es nunca un recurso principal, sino un auxiliar secundario, y frecuentemente un mero ensayo mental de conducta, por lo que aquí no podemos hablar de dos subgrupos.

Estos métodos con uso de “fantasía controlada”, se salen del objetivo de nuestro trabajo: no sólo por su desinterés respecto al dinamismo autónomo de las imágenes y a su poder creativo en el proceso terapéutico, sino porque ya se dispone de abundante información sobre ellos, en nuestro país, tanto en publicaciones como en los programas académicos. Sus objetivos se centran casi sólo en la solución de problemas específicos de carácter conductual en el sentido de práxico, aparte de algunas pocas de dimensión cognitiva. Se trata del uso de la fantasía, con finalidades de condicionamiento o descondicionamiento, con técnicas muy conocidas como la

desensibilización sistemática, la técnica de inundación, la terapia implosiva, técnicas de condicionamiento encubierto, etc. En cuanto al enfoque de Beck, en una línea claramente cognitiva, se fomenta la aplicación repetitiva de imágenes con poder clarificador respecto a las distorsiones cognitivas y afectivas del individuo (Beck, 1970).

ONIROTERRAPIAS. MODELOS QUE TRABAJAN PRINCIPAL O EXCLUSIVAMENTE A PARTIR DE LA ESPONTANEIDAD IMAGINARIA

Ensueño dirigido de Robert Desoille

Este método se basa, con palabras de Launay “en la utilización, con fines terapéuticos, del *simbolismo de lo imaginario puesto en movimiento en una específica relación entre paciente y terapeuta* [...] constituye un método cuya especificidad se apoya a la vez en la producción de un material simbólico y en la comprensión del sentido de ese material” (1982, 17 y 24). Según este autor fue Charles Baudoin, jungiano y profesor de la Universidad de Ginebra, el primero que publicó, en 1931, información sobre sus experiencias de Ensueño dirigido, realizadas con la guía de Desoille, que aparecieron en varios números consecutivos de la revista *Action et Pensée*, y fue él quien prologó el primer libro de Desoille en 1938. Probablemente sea Desoille el autor que haya elaborado, por primera vez, de forma sistemática, un modelo que facilite, además de la expresión y análisis de las experiencias emocionales del sujeto, la movilización de tales experiencias para facilitar cambios terapéuticos.

Desoille decidió iniciar la elaboración original y sistemática de su método inspirado por el oculista Eugène Caslant que practicaba ejercicios de fantasía guiada en los que se producían desplazamientos imaginarios del sujeto ascendentes y descendentes, a partir de un estado previo de relajación, que facilitaba la emergencia de imágenes espontáneas. Entre los autores que Desoille tuvo más en cuenta y que pueden haber ejercido una mayor influencia sobre él se encuentran Janet, Freud, Jung y Pavlov. En relación con éste último, al que se refiere ante todo en sus primeras obras, afirma que “nos hemos vuelto hacia las leyes de la actividad nerviosa superior enunciadas por el gran fisiólogo ruso, para encontrarnos con la explicación deseada. El Ensueño dirigido, estado intermedio y desvanecido entre la vigilia y el estado de sueño, entre lo ‘fisiológico’ y lo ‘psíquico’, es en esencia el reflejo de aquella reserva inagotable en la que el sujeto haya acumulado desde el nacimiento, sus angustias, sus temores, sus deseos, sus esperanzas permanentes, factores determinantes de su comportamiento frente al mundo exterior.” (Desoille, 1961/1974, p. 7)

Los pasos básicos en la aplicación de la técnica —previa una anamnesis médico-psicológica— se resumen en:

a) Facilitar en el paciente un estado de relajación muscular y mental y de atención sobre sí mismo, que Desoille entiende como “estado hipnoide”.

b) Suscitar el ensueño a partir de alguna imagen inicial, y guiarla en su desarrollo a través de algunas intervenciones específicas.

c) Diálogo verbal para facilitar la comprensión de lo que puede revelar el ensueño, en vistas al autoanálisis del paciente y su cambio terapéutico.

Según Velasco Suárez “lo interesante del sueño despierto es la posibilidad que proporciona de mantener al sujeto en un “estado hipnoide” en el que se libera la actividad imaginativa con características similares y con los mismos elementos psicoafectivos de los sueños nocturnos, con conservación de los procesos de atención vigil y de memorización y con la posibilidad de experimentar los sentimientos subjetivos que pueden suscitarse simultáneamente con las imágenes. Estas características lo diferencian netamente del estado de obnubilación del trance hipnótico. El médico tiene asimismo la posibilidad de asistir y de participar en la experiencia del sujeto” (Velasco Suárez, 1974, p. 66).

Desoille, después de constatar algunas coincidencias en las simbolizaciones imaginarias de los pacientes, estableció el uso habitual de seis “imágenes iniciales” (espada, jarrón, bruja, brujo, dragón, bella durmiente del bosque). La evolución posterior del Ensueño dirigido ha conducido a un uso más flexible, variado y espontáneo de dichas “imágenes iniciales”, siendo frecuentemente “la primera imagen que se le ocurra” u otras sencillas como un paisaje, un objeto o un cuadro.

Perdura la importancia que concedió Desoille a la experiencia imaginaria de movimientos de ascensión y de descenso. Según Desoille, en general, “el esfuerzo de la ascensión, mantenido por el sujeto durante su fantasía, produce la aparición de imágenes cada vez más luminosas, acompañadas de un sentimiento de euforia de matices diversos. Por el contrario, el descenso provoca imágenes sombrías, con sentimientos de tristeza, inquietud, incluso angustia” (Desoille, 1961/1974, p. 21). Desoille interpretaba este fenómeno como un reflejo condicionado, y se preguntaba cuál era el reflejo innato con el que se encontraba vinculado en su origen. Su hipótesis era que se trataba de la experiencia del movimiento diurno del sol, a cuyo ascenso “acompaña el calor que facilita el bienestar y actividad humana, la luz que embellece las cosas y ahuyenta, para los seres miedosos, las insidias y misterios inquietantes de las tinieblas. Al contrario, el descenso del sol bajo el horizonte coincide con el cansancio de la jornada y con la depresión que puede derivarse, y con el temor de los peligros nocturnos, reales o imaginarios” (ibid., p. 22). Por supuesto que Desoille, y con mayor énfasis sus seguidores posteriores, se refieren en esta diferenciación de la repercusión emocional de las dos variantes imaginarias, a una tendencia que no debe presuponerse que se produzca necesariamente en el sujeto concreto a quien se atiende.

Es frecuente la alternancia de sesiones dedicadas a la vivencia del ensueño y de sesiones centradas en el análisis del mismo, que el paciente ha redactado previamente. Al inicio del ensueño se le indica que inhíba toda actitud crítica, y que recuerde luego todo lo que pasó por su mente. Puede considerarse la sucesión de tres

etapas en el tratamiento: la fase primera, en la que se practican unos seis ensueños dirigidos, por medio de los cuales se enfrenta al paciente con todo tipo posible de situaciones vitales y se analiza su forma habitual de reaccionar en ellas; la fase segunda en la que se le facilita el hallazgo de posibles respuestas alternativas no ejercitadas anteriormente y a desarrollar nuevas actitudes; y la fase tercera en la que se le ayuda a pasar de la experiencia imaginaria a la práctica real.

Como material básico para una información sobre este sistema terapéutico podemos indicar las siguientes publicaciones: Desoille (1961, 1971, 1973), Azevedo-Fernandes (1961), Fusini-Doddoli (1979), Fabre (1973), Launay, Levine y Maurey (1982).

Imaginería afectiva guiada de Hans Leuner

La primera descripción de este método aparece en 1954 en lengua alemana; desarrollándose posteriormente como sistema en el marco de una terapia orientada psicoanalíticamente.

En una síntesis descriptiva del modelo publicada en 1978 (Leuner, 1978) el creador informaba sobre la existencia de más de ochenta libros y artículos sobre su procedimiento y efectividad terapéutica. La institución coordinadora de la comunicación entre los seguidores de este método es la “Sociedad internacional de Imaginería Afectiva Guiada”, con secciones en Alemania Occidental, Suiza, Austria y Suecia, siendo el término alemán utilizado el de *Katathymes Bilderleben*, cuya traducción literal sería “Imaginería Catatímica”. Aquí optamos por utilizar la traducción del término usual en los países de habla inglesa (*Guided Affective Imagery*). Este modelo se practica normalmente, o bien como psicoterapia breve, con una duración entre 15 y 30 sesiones, o bien como psicoterapia más profunda, en vistas a un cambio estructural de la personalidad, en cuyo caso se prolonga más, pero resultando siempre de mayor brevedad que el psicoanálisis clásico. A pesar de las afinidades metodológicas que presenta con el método de Desoille, la aportación de éste era desconocida por Leuner. Su campo de acción abarca el análisis de la motivación inconsciente, la interpretación del simbolismo, los mecanismos de defensa, el papel de la transferencia y la contratransferencia y el significado terapéutico de la liberación de los impulsos afectivo. Puede encontrarse una fundamentación satisfactoria del método en la reciente teoría postfreudiana de las relaciones objetales primitivamente internalizadas. Pero Leuner también reconoce explícitamente que debe mucho a Jung como inspirador de su trabajo, y que éste le aporta también una base teórica para su método, aunque considerando que no vienen al caso los típicos temores expresados por los jungianos respecto a la “manipulación de los arquetipos”.

Leuner presenta como rasgo diferenciador de su método (que a nuestro juicio comparten de hecho también otras oniroterapias), respecto de otras técnicas con fantasía guiada, el hecho de que “esté definido con claridad y que estructure

sistemáticamente el campo proyectivo de las imágenes por medio de motivos que sirven como puntos de cristalización. Los ciclos relevantes de conflicto son de este modo estimulados a plasmarse en la representación imaginaria-proyectiva” (Leuner, 1978, 162). Una consecuencia del carácter muy sistemático del procedimiento - que incluye tres fases con temas imaginarios específicos en cada una de ellas - ha sido su posibilidad de someterse a experimentos de diagnóstico y a investigaciones metodológicamente controladas sobre la efectividad del proceso terapéutico.

Los motivos *standard* de la *Guided Affective Imagery* son: 1) Para el nivel elemental: la pradera, el arroyo, la montaña, la casa, el borde del bosque; 2) para el nivel intermedio: el encuentro con los familiares, el rosal en el borde de la pradera (que a Leuner le da pie, sorpresivamente, para analizar las actitudes sexuales), el león (que da pistas sobre la orientación agresiva), el primer nombre de persona del mismo sexo (que puede conectar con el Yo Ideal); 3) para el nivel avanzado: la cueva, el pantano, el volcán, el libro de dibujos. Un principio básico del método de Leuner afirma que sólo debe utilizarse aquél tipo de material imaginario que permita al psiquismo del cliente expresarse espontáneamente y sin resistencia. Existen un conjunto de técnicas complementarias —casi todas con uso de la fantasía— en cuya descripción no podemos aquí detenernos.

Para una información básica sobre el modelo de Leuner, podemos seleccionar —prescindiendo de la bibliografía alemana que es la principal y más extensa— las presentaciones del propio creador, p.e.: Leuner (1969, 1977a, 1977b, y 1978).

Psicoterapia eidética de Akhter Ahsen

El pakistaní Akhter Ahsen, creador de este modelo sumamente original e independiente, psicólogo científico dotado también de una enciclopédica cultura filosófica, literaria y lingüística, formula los conceptos básicos de su sistema en los años 50, publica su primera presentación sistemática en 1965 en Pakistán, y lo desarrolla y publica desde el libro de 1968 en los Estados Unidos, donde forma escuela y es objeto de interés por parte de autores vinculados a diferentes paradigmas, sea que se adhieran o bien que le presenten objeciones críticas. Buena parte de éstas se recogen en los trece volúmenes, normalmente monográficos, del *Journal of Mental Imagery*, publicados desde 1977, bajo su dirección, algunos de los cuales se estructuran en tres partes principales: 1) una o dos ponencias, mayoría de ellas de Ahsen; 2) la sección de *Open Peer Commentary* en la que presentan comunicaciones una larga serie de científicos, frecuentemente de renombre, refiriéndose a los estudios anteriores; y 3) *A comment to Comments*, en la que Ahsen responde a las diversas comunicaciones. Entre los autores que aparecen en varias ocasiones, están, p.e.: B.R. Bugelski, H.J. Eysenck, E.R. Hilgard, G. Kaufmann, S.M. Kosslyn, P. McKellar, D. Marks, A. Paivio, K.H. Pribram, A. Richardson y P.W. Sheehan, por citar unos pocos.

Aparecen semejanzas de su trabajo con Jung —cuya influencia tiene peso

sobre el autor— y con las oniroterapias europeas de Desoille y Leuner, pero se dan entre otras las siguientes diferencias: a) La imaginería de la terapia eidética no consiste en narraciones o viajes imaginarios; b) el elemento clave lo constituye la imagen eidética. Ahsen la define como “una imagen visual normal que es experimentada con pronunciada viveza, aunque no necesariamente evocada en el tiempo de la experiencia por una situación actual, es vista en el interior de la mente o fuera en el sentido literal de la palabra, y esta visión se acompaña de ciertos eventos somáticos, como también de un sentimiento de significado: la experiencia total en todas sus dimensiones excluye la posibilidad de que sea patológica” (Ahsen, 1977, p. 6). Este tipo de imagen eidética ha sido calificada de “estructural” y equivale a la también descrita por Allport (1924), diferenciándose de la que había sido objeto de atención por el alemán Jaensch, a comienzos de siglo (Jaensch, 1930) en el marco de la Escuela de Marburgo, y que ha sido calificada como “tipográfica”. Lazarus, creador de un enfoque conductual cognitivo multimodal, tecnológicamente ecléctico, no se recató de afirmar: “Comparados con los penetrantes análisis de Akhter Ahsen sobre la formación de las imágenes y sobre el proceso eidético, todos los otros usos clínicos de las imágenes aparecen como singularmente embrionarios” (Lazarus, 1972); y refiriéndose al conjunto del modelo lo considera “un hito en el desarrollo de un sistema de psicoterapia eficaz verdaderamente integrador y comprehensivo” (ibid.).

El método de Ahsen se muestra eficaz para una gran variedad de trastornos, pero destaca su efectividad terapéutica respecto a los problemas psicósomáticos. Ahsen considera probable que la imagen eidética es el único suceso psíquico “que es fundamentalmente psicósomático y une mente y cuerpo en un todo singular indiferenciado” (Ahsen, 1968, p. 45, cit. por Sheikh, 1978). En cuanto a la práctica grupal se ha comprobado que la relación empática, a nivel de imaginería, con los problemas de los compañeros, es una destreza generalmente poco contaminada. La resonancia emocional que puede producirse en un sujeto que experimenta la imagen eidética de un compañero tiene un notable poder movilizador del propio proceso terapéutico.

Para una información básica sobre la Psicoterapia Eidética puede recurrirse a algunas de estas publicaciones: Ahsen (1968, 1972, 1977), Panagiotou and Sheikh (1974), Dolan and Sheikh (1977), Sheikh (1978), Sheikh and Jordan (1981).

Psicoterapia de la imaginación de Joseph. E. Shorr

Shorr define su método de “Psicoterapia de la imaginación” (Psycho-Imagination Therapy) como: “un proceso fenomenológico y dialógico con mayor énfasis en el significado subjetivo a través de la modalidad del ensueño (imaginería despierta) e imaginación.

“La proposición fenomenológica básica de la Psicoterapia de la Imaginación reconoce la necesidad del individuo de llegar a darse cuenta de cómo se define a sí

mismo en relación con los otros, y como siente que los otros le definen. Por ejemplo: Cómo yo me veo a mí. Cómo yo te veo a ti. Cómo yo veo que tú me ves. Cómo yo veo que yo te veo” (Shorr, 1981, p. 697)

En su concepción sobre la personalidad se encuentran integradas las teorías de R.D. Laing y de H.S. Sullivan. Shorr tiene presentes la revalorización de la función de las imágenes que hicieron Jung, Ferenczi, e incluso Fromm, que “aconsejó a los analistas practicar el más pleno uso de su imaginación y sugirió el uso de los métodos de imaginación activa para mejorar el flujo de las asociaciones libres de los pacientes” (Shorr, 1981, p. 695). Para Shorr, el conocimiento de las experiencias imaginarias (visualizaciones) de una persona son un requisito para una comprensión profunda de toda persona como individuo y como integrante del género humano. Por otra parte, una ventaja importante, según él, del uso de la imaginería en la terapia lo constituye frecuentemente el hecho de que conduzca a un incremento de la motivación y compromiso del terapeuta a causa de la naturaleza dramática del material recogido.

Clasifica una larga serie de tipos de prácticas terapéuticas imaginarias —más de cien tipos— en un conjunto de categorías de las que las principales son: la imaginería espontánea, la fantasía guiada, la fantasía de la imagen de sí mismo, imágenes dobles (dos fuerzas, dos muñecas, dos animales, etc.), imaginería corporal, imaginería sexual, imaginería parental, imágenes de la muerte, imágenes de tareas, imágenes catárticas (p.e. la fantasía de enfrentamiento con el padre “malo”), etc.

La psicoterapia de la imaginación trata de situar al paciente, por medio de las visualizaciones mentales, en situaciones especiales que pueden evocarle experiencias de interacción dolorosas en áreas problemáticas de la vida y que le permiten volverlas a experimentar de otras formas, de manera análoga a lo que hemos visto en los métodos de Desoille y de Leuner, pero con una mayor variedad y flexibilidad en cuanto a los tipos y ejemplos de imaginación que se aplican. Aquí no aparece la importante presencia de interpretaciones freudianas que perduran en aquellos dos modelos.

Los preámbulos del procedimiento siguen los pasos habituales de las oniroterapias: relajación, ojos cerrados, semioscuridad, voz suave del terapeuta, silencio ambiental, etc. A continuación el terapeuta sugiere el tipo específico de situación imaginaria apropiada para provocar un material de interés en el proceso de autoconocimiento o de cambio terapéutico. Las respuestas del paciente ayudan a discernir aquello que está dispuesto a examinar, o para lo que está preparado, o lo que parece negar. “Las respuestas del paciente a determinadas situaciones estructuradas frecuentemente conducen de forma precisa a estados emocionales ‘aquí y ahora’ que tienen sus raíces en el pasado. El terapeuta energetiza entonces la *situación* y las *interacciones personales* con el paciente y le anima en su *elección de acción* dentro de la situación. Esto le ayuda finalmente para una mayor elección

de acción en su realidad externa” (Shorr, 1981, p. 701)

Para una información básica sobre este método terapéutico y sobre instrumentos de medida para el diagnóstico y la investigación, conviene recurrir a los principales trabajos de su creador: Shorr (1972, 1974a, 1974b, 1977, 1978, 1979, 1981).

Psicosíntesis de Roberto Assagioli

Nos encontramos aquí con un modelo que no reúne todas las características de las oniroterapias si por éstas entendemos las que recurren a las fantasías guiadas como procedimiento casi *exclusivo*, aparte de los modos de interacción verbal imprescindibles para el análisis y elaboración de lo experimentado en aquellas. De todos modos dado el gran peso y riqueza de matices con que se ha venido utilizando este recurso en Psicosíntesis —probablemente como técnica *principal*— no queremos excluirla de este apartado.

“La imaginación —con palabras de Assagioli— es una función que puede operar en diversos niveles simultáneamente: los de las sensaciones, de los impulsos y deseos, de los sentimientos, del pensamiento y de la intuición. En cierto sentido ella combina aquellas funciones en diversas proporciones.

“La imaginación en el sentido preciso de función evocadora y creadora de imágenes, es una de las más importantes y más espontáneamente activas, en sus dos aspectos, consciente e inconsciente. Por ello es una de las funciones que debe ser *regulada* cuando es excesiva o dispersa; *desarrollarla* cuando es débil inhibida; y finalmente ampliamente *utilizada* dada su gran potencia.

“Esto explica por qué en la terapia psicossintética nos ocupamos de ella de forma especial, más si se tiene en cuenta que el uso de la imaginación es uno de los medios mejores para alcanzar la síntesis de las diversas funciones” (Assagioli, 1965/1973, p. 124). Assagioli no sólo recurrió al uso de las visualizaciones mentales, sino también a las imágenes cinestésicas, táctiles, gustativas y olfativas.

Un recorrido por las publicaciones de Assagioli y de sus discípulos, situados en un marco acusadamente holista (humanista) y tecnológicamente ecléctico, muestra la presencia predominante de la imaginación terapéutica, y de ejemplos de ella que posteriormente han sido utilizados por representantes de modelos diferentes, como p.e. la técnica del modelo ideal. Al igual que se sostiene en las oniroterapias, en Psicosíntesis se tiene en cuenta el carácter de las imágenes como símbolos de contenidos del psiquismo. De modo semejante a lo que hace la Psicoterapia de la Gestalt, no sólo se exploran las cualidades de tales símbolos, sino las relaciones entre los diversos elementos en busca del logro de armonía e integración entre ellos. “La técnica de la fantasía guiada es capaz de revelar material inconsciente del mismo modo que lo hacen los sueños, mientras ofrece la ventaja de permitir que la conciencia y la voluntad de la persona interactúe con este material. Por ello crea un puente entre los niveles consciente e inconsciente de la mente”

(Crampton, 1981, p. 718).

La primera publicación informativa sobre el método apareció en 1965, cuando se iban consolidando las nuevas terapias surgidas en el marco de los movimientos de la Psicología Humanista, y del desarrollo del potencial humano. No tuvo inconveniente en integrar —como fue usual entre los distintos modelos humanistas mayoritariamente eclécticos e integradores— aportaciones de la Terapia Gestalt, del Análisis Transaccional y otros. Asimismo, algunos de éstos recogieron de la psicosisíntesis enfoques y técnicas, cuya aplicación dependería de las variables tipo de paciente, problema específico, fase de la terapia, etc. Conviene destacar que para Assagioli, el proceso psicosisintético se desarrolla a lo largo de dos etapas —en ambas de las cuales trabaja con fantasías—: la psicosisíntesis *personal*, y la psicosisíntesis *transpersonal*, en la que se manifiestan sus acusadas afinidades con el trabajo con metamotivaciones y “experiencias cumbre” de Maslow (Maslow, 1970).

Para una información básica sobre Psicosisíntesis, además de recurrir a su creador: Assagioli (1965, 1973), conviene consultar las presentaciones de Crampton (1969, 1974, 1975, 1981), y Gerard (1964). Para ver estilos y ejemplos de visualizaciones mentales puede encontrarse un variado muestrario en Ferrucci (1982/1987).

OTRAS TERAPIAS QUE INTEGRAN LA IMAGINERÍA ESPONTÁNEA

Como decíamos arriba, nos referimos aquí a aquellos métodos que, reconociendo la vida propia de las imágenes mentales, no las emplean como procedimiento exclusivo ni necesariamente el principal. Nos limitamos a señalar las más difundidas —mayoría de ellas a través del movimiento de la Psicología Humanista— como muestra del extenso uso terapéutico de la *imagery*.

El **Focusing** de Eugène Gendlin, recurre con frecuencia a la fantasía guiada y espontánea en dos de los seis movimientos que integran el conjunto del procedimiento: en el primero denominado “Despejar un espacio” y en el segundo “Formar la sensación-sentida del problema”. Para una introducción sobre el modelo puede recurrirse a Gendlin (1973, 1978) e Iberg (1981); y sobre su utilización de la fantasía, a Gendlin & Olsen (1970).

La **Terapia de la Gestalt** de Fritz Perls utiliza la fantasía con cuatro finalidades principales: “1) establecer contacto con un acontecimiento, un sentimiento o una característica personal resistidos; 2) restablecer contacto con una persona que no está disponible, o con una situación inconclusa; 3) explorar lo desconocido; 4) explorar los aspectos nuevos o desacostumbrados de uno mismo” (Polster, 1973/1980, p. 241). El estilo de trabajo metodológicamente integrador que ha predominado en los seguidores de Perls ha recurrido abundantemente a las fantasías guiadas provenientes de otros métodos. Además, entre las creaciones geniales de este autor es imprescindible destacar el *diálogo gestáltico*, clásicamente denominado *la técnica gestáltica de las dos sillas*, y que Schützenberger denomina “autopsicodrama

imaginario” (1977/1980), término que nos resulta más expresivo de su contenido, especialmente si tenemos en cuenta que mayoría lo utilizamos con cojines en el suelo, y no con sillas, para facilitar el contacto con las emociones. Asimismo hay que destacar el *trabajo gestáltico con sueños*, que constituye una fantasía guiada en la que el objetivo prioritario es revivir secuencias del sueño y establecer diálogos gestálticos entre los elementos personales o impersonales del mismo - proyecciones simbólicas del psiquismo del paciente - como vía para facilitar los *insights* y las decisiones de cambio. Como introducción puede recurrirse a: Perls (1969/1974, 1970/1973), Polster (1973/1980), Ginger (1987) y Zinker (1977/1979).

En el **Análisis Transaccional** (A. T.) de Eric Berne, la mayoría de cuyos seguidores siguen un enfoque metodológicamente integrador, el recurso a la fantasía guiada es habitual, en especial entre los más vinculados a la denominada Escuela de la Redecisión de Mary y Robert Goulding, en la que el trabajo se centra menos en el Estado Adulto del Yo (como es el caso de la Escuela Clásica, más cognitiva), o en el Estado Padre del Yo (como se realiza en la Escuela de Cathexis de los Schiff) y más en el Estado Niño del Yo (con su potencial intuitivo, motivacional y emocional). Es destacable el trabajo del A.T. con los cuentos de hadas u otros cuentos o historias de relevancia en la historia emocional del cliente, reviviendo con la fantasía secuencias de los mismos en las que el sujeto se expresa desde el personaje con el que se identifica principalmente, y del que se analizan sus peculiares “posiciones vitales”, “mandatos inhibidores”, en vistas a facilitar la superación del “guión de la vida”.

Para información introductoria sobre su utilización de la fantasía, puede recurrirse a artículos de la revista *Actualités en Analyse Transactionelle*, Greve (1977), Miller (1977), O’hearne (1977), Roos (1984), Arbuthnott (1988) y respecto a la integración con el Ensueño Dirigido de Desoille, Rotondo (1987), además del libro de Goulding (1979).

El método del **Diario Intensivo de Ira Progroff**, cuya principal publicación introductoria aparece en 1975, después de otras publicaciones anteriores de Progroff “está específicamente encaminado a ofrecer un instrumento y técnicas por las que las personas puedan descubrir dentro de sí mismas los recursos que ellas desconocían poseer. Se trata de permitir dirigirles el poder de contacto profundo fuera de las experiencias actuales de su vida, de tal forma que puedan reconocer su propia identidad y armonizarla con la identidad más amplia del universo tal como lo experimentan” (Progroff, 1975, p. 10). En este método se utilizan una serie de técnicas basadas especialmente en diálogos imaginarios con partes de uno mismo. Asimismo su forma peculiar de trabajo con los sueños, y el contacto, de forma idiográfica con las llamadas “imágenes crepusculares”.

En cuando al **Psicodrama** de Moreno, y sin necesidad de señalar las diversas variantes del psicodrama que han ido surgiendo a partir de la creación original de su iniciador, es un hecho que su práctica implica un ejercicio de la fantasía

acompañada de movimiento, gesto, interacción, palabra: es “una extensión, mediante la representación dramática de escenas reales o imaginarias, de lo que se expresa más completamente (mediante la palabra, el gesto, la interacción ...), bien para intentar desbloquear una situación traumatizante pasada (empleando la catarsis, la toma de conciencia, la inversión de papeles, la cuasi reconstitución o el fin de una situación difícil ...) bien para afrontar una situación difícil” (Schützenberger, 1977/1980, p. 55).

La **Terapia emotivo-reconstructiva** de Morrison se puede situar en el marco de las teorías constructivistas de Kelly y Piaget, interesándose como muchas otras en recordar y revivir emocionalmente experiencias primeras en vistas a sustituir el sistema de constructo perjudicial que aquellas suscitaron por otro más de acuerdo con la realidad actual del adulto. Este procedimiento —muy coincidente con la técnica transaccional de la redecisión— recurre habitualmente a las imágenes como agentes terapéuticos primarios (vid. Morrison 1979, 1980).

Otros métodos con un denominador común análogo a los anteriores en cuanto al uso de la imaginería son las diversas variantes de arte terapia y danza terapia, y la programación neurolingüística de Bandler y Grinder.

REVALORIZACION DEL CANAL IMAGINARIO

Podemos distinguir, con Horowitz (1978, 1983), tres tipos o modos de representación del pensamiento, o si se prefiere, tres dimensiones de cognición y expresión: la motriz, la imaginaria, y la lingüística o verbal. La modalidad motriz (*enactive modality*) se manifiesta en forma de escenificación y dramatización; la imaginaria es más dependiente del hemisferio cerebral derecho, mientras la lingüística está bajo la influencia del hemisferio izquierdo.

Tras un largo período de acentuado predominio del lenguaje, en la interacción terapéutica, nos encontramos con un pluralismo de modalidades extendido en los últimos treinta años, en buena parte a partir del movimiento psicológico humanista.

Para Singer & Pope (1978, p. 9): “es importante no contemplar los sistemas motriz e imaginario como formas tempranas del desarrollo que deban ser superadas por el sistema verbal o lingüístico, sino más bien (ver) que los tres sistemas, en sus complejas interacciones, son de igual importancia”. No faltan autores que, como ya hemos indicado más arriba, atribuyen a las imágenes el carácter de procesos cognitivos sintéticos integradores de los diversos procesos sensoriales, afectivos y cognitivos (Paivio, 1973; Sheik & Panagiotou, 1975; Ahsen, 1977; Jordan, 1979). Por otra parte, encontramos investigadores que muestran las limitaciones que ofrece la modalidad lingüística para la comunicación intersíquica, así p.e. lo hacen Schachtel (1959), Brunner (1968), Bowers (197), Hall (1977), Singer & Pope (1978), Sheik (1978, 1983), Forisha (1979), Sheik & Jordan (1983).

En cuanto a la cuestión de las metas y objetivos del uso de las imágenes en terapia, Horowitz (1974, 1983), destaca cuatro tipos de usos principales, cuya

presencia o importancia es variable según los diferentes modelos terapéuticos:

1) **Obtener información útil para el estudio o diagnóstico de un caso.** La imaginación peculiar de cada sujeto facilita pronto información sobre los conceptos de sí mismo, los patrones interiorizados de relación interpersonal, la capacidad expresiva, los estilos de defensas.

2) **Facilitar la comprensión empática del terapeuta respecto al paciente,** entre otras razones porque permite al terapeuta formar en su interior imágenes como las descritas en las fantasías y sueños del sujeto, y puede captar contradicciones entre dichas imágenes y la comunicación verbal del cliente que delaten alguna posible dificultad en la relación, etc.

3) **Facilitar la expresión y el trabajo sobre temas conflictivos normalmente evitados o no integrados.** Dada la acusada vinculación de las imágenes con los procesos emocionales, una visualización de la experiencia puede permitir la liberación de emociones, y consiguientes cambios.

4) **Transformación de sentimientos y actitudes.** Los ejercicios imaginarios, con su comprobado poder evocativo de emociones, pueden practicarse para facilitar los cambios en éstas, por ejemplo en situaciones de ansiedad patológica ante expectativas de sucesos futuros. Dicha facilitación del contacto con vivencias emocionales del pasado, sean dolorosas (para revisar las actitudes perjudiciales que pudieran emerger en el sujeto a partir de ellas), sean gratificantes (para tomar más conciencia de ellas), dan pie a *insights* y decisiones terapéuticas.

Es todavía insuficiente la presencia de investigaciones que prueben empíricamente —con los requisitos de los diseños convencionales— la superioridad de la eficacia terapéutica de las imágenes respecto a otros canales de comunicación utilizada de forma exclusiva —p.e. el verbal o el motriz— para facilitar el cambio intrasesión de una serie de problemas y en determinadas fases del proceso terapéutico. Pero ya desde fines de los años sesenta aparece información sobre abundante experiencia clínica que apoya dicha hipótesis, así p.e. en Ahsen (1968, 1977), Horowitz (1972, 1974), Sheikh y Panagiotou (1975), Sheikh y Shaffer (1979), Singer (1974), Singer y Pope (1978). Recopilando una relación de aportaciones en este sentido, Sheikh y Jordan (1983) señalan autores que muestran la eficacia comprobada de las imágenes respecto a una gran variedad de trastornos neuróticos y psicósomáticos (Ahsen, 1968; Sheikh, Richardson & Moleski, 1979; Sheikh, 1983), trastornos diversos de ansiedad y fóbicos (Singer, 1974; Meichenbaum, 1977), trastornos depresivos (Schultz, 1978), disfunciones sexuales (Singer & Switzer, 1980), insomnio (Sheikh, 1976), obesidad (Bornstein & Sippelle, 1973).

Algunos autores como Singer (1974), y Meichenbaum (1978), se han planteado la cuestión de los posibles mecanismos que puedan subyacer en el uso terapéutico de la imaginación, como elementos comunes en los diversos modelos oniroterapéuticos y requisitos para su efectividad. Recogemos la respuesta de Singer, que encontramos más completa, tal como la resumen Sheikh & Jordan (1983): 1) Clara

discriminación por el cliente de su proceso de fantasía en curso; 2) indicaciones facilitadas por el terapeuta concernientes a las vías alternativas de acercamiento a varias situaciones; 3) darse cuenta de las situaciones generalmente evitadas; 4) aliento por el terapeuta para comprometerse en un ensayo simulado de alternativas; 5) consecuente disminución del miedo a realizar claras aproximaciones a las situaciones evitadas.

La investigación sobre el proceso imaginario, prescindiendo de su uso terapéutico, ha sido muy abundante y no corresponde aquí detenernos en ella, ni siquiera para nombrar la larga serie de cuestiones abordadas. Lo que sí hay que tener presente es que parte de ella tiene implicaciones de gran interés para la práctica terapéutica (Koslyn, 1975, 1980; Sheikh & Jordan, 1983). Tanto por parte de los clínicos respecto a los científicos, como a la inversa, la recogida de información ha sido escasa. Por suerte, en los últimos años (vid. Sheikh & Jordan, 1983) se ha producido una “fertilización cruzada” gracias al trabajo de psicólogos implicados en ambos campos, con son Anderson (1980), Barber & Wilson (1979), Cautela (1977), Klingler (1980), Meichenbaum (1977, 1978) y Singer (1974, 1979), etc.

DOS EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS DE CAMBIO INTRASESIÓN

Jacinto: técnicas del “autopsicodrama imaginario” y del “modelo ideal”

Aunque el sujeto padecía un trastorno por ansiedad generalizada, que luego superó en la terapia, nos vamos a referir aquí a una intervención en relación con el problema que le hace acudir a terapia: los problemas conyugales. Dichos problemas podemos concretarlos en una distorsión en el aprendizaje emocional y una falta de habilidades sociales.

Jacinto tiene cuarenta años, es extranjero y está realizando cursos de especialización en su profesión aquí, junto con su esposa e hijos. Acude a solicitar terapia ante las amenazas de su esposa de abandonarle si no cambia su fría actitud hacia ella. Su falta de expresiones de cariño y escasa demanda sexual hacen que ella sospeche que su esposo tiene una amante y le resulta imposible creer sus negativas al respecto, puesto que cuando le conoció era enormemente afectuoso y de una sexualidad un tanto descontrolada.

En el curso de la primera entrevista Jacinto afirma que él ama profundamente a su esposa, que no tiene ninguna amante y que no entiende las quejas de su esposa, puesto que él la trata como debe hacerlo un buen marido. En respuesta a la preguntas del terapeuta, señala que, ciertamente él ha actuado en forma mucho más expresiva, afectuosa y sexual al principio de conocer a su esposa, pero que eso se acabó a partir del momento del matrimonio y hace referencia a ello como algo natural, porque —según él— los novios sí pueden y deben expresar sus impulsos hacia el otro, pero no los esposos. No ve que haya problema alguno en la pareja y no hace demandas sexuales porque, simplemente “no se le ocurre” y no explicita su profundo afecto

porque “no le sale” ni lo ve adecuado. Explicita que el matrimonio es algo sagrado y que expresar cariño está mal porque puede llevar al sexo y una esposa es algo demasiado delicado para utilizarla para liberar tensiones (sexuales). El terapeuta le pregunta cómo se supone que será su situación familiar dentro de una veintena de años y se imagina como un abuelo feliz y cariñoso disfrutando mucho con sus nietos y llevando una relación muy cálida y afectuosa con su mujer y sus hijos.

Señal del cliente:

Cuando el terapeuta le pregunta cómo es que piensa cambiar su comportamiento hacia su mujer en el futuro dice con toda espontaneidad y naturalidad que “Bueno, es que entonces ya seré abuelo”. Aclarando esa afirmación Jacinto piensa que, mientras los esposos no deben expresarse afecto, los abuelos sí pueden hacerlo y entonces, desde el momento que él tenga el primer nieto, podrá volver a su primera expresividad afectiva y sexual. Confrontado por el terapeuta acerca de las bases de ese planteamiento, Jacinto señala que no era consciente hasta ahora de él y que racionalmente no lo puede justificar pero que sabe por otro lado de que está convencido que ha de ser así. Con la ayuda del terapeuta, toma conciencia que el modelo de pareja que él ha tenido más cerca (sus padres) ha mantenido siempre una relación fría y distante. En cambio su abuelo —a quien recuerda con muchísimo cariño, al que querría parecerse y que se llama también Jacinto— fue un ejemplo de hombre cordial, con su esposa. Jacinto se da cuenta de que el esquema interno está tomado de esas experiencias y, tras una serie de operaciones de descontaminación, dice que lo ve absurdo y querría cambiarlo para no deshacer su pareja, pero que ahora no sabe cómo hay que hacerlo. Está claro que tendría que hacerlo para llevar una vida feliz con su mujer, pero se siente totalmente impotente para reconocer pautas de comportamiento válidas. Al llegar a este punto se desorienta y desanima.

Operación del terapeuta:

El terapeuta le propone un diálogo en la fantasía con su abuelo, para que le explique cómo lo debe hacer. Tiene lugar, entonces, un diálogo gestáltico (o técnica de las dos sillas) en las que Jacinto se sitúa alternativamente en su lugar y en otro asiento en el que ha visualizado con la fantasía a su abuelo —muerto hace años— que acude a ayudarle en este momento de apuro.

Actuación del cliente:

Jacinto, que cuando se encuentra en su sillón aparece abatido y angustiado, cuando se coloca en el sillón de su abuelo cambia por completo su aspecto: le brillan los ojos con viveza, sonrío relajadamente y con amplitud, todo su cuerpo parece animarse y las palabras y gestos le fluyen con facilidad. Desde allí le da múltiples y graciosos consejos (p.e. “a tu esposa has de tratarla como a una flor”, “de cuando en cuando, sin que sea ninguna fecha especial, sorpréndela con un regalo”) acordes

con lo que, según la cultura de su país, debe llevar a cabo para hacer feliz a su mujer, y le anima a que empiece ya a practicarlo sin esperar plazo ni acontecimiento alguno.

Resultado intrasesión:

Conforme ha ido avanzando el diálogo, Jacinto se ha ido serenando y volviendo más seguro y sereno. Al acabar, afirma estar tranquilo, porque ahora ya sabe qué tiene que hacer y está ansiando llegar a casa para estrenar con su esposa la nueva actitud, que por otro lado es más acorde con su sentimiento interno. Aún así tiene dudas de si sabrá hacerlo en la multiplicidad de ocasiones variadas de la vida cotidiana. El terapeuta le propone la técnica de fantasía del “modelo ideal”, visualizando en esos momentos a su abuelo, bien para pedirle consejo, bien observándole en su forma de actuar en circunstancias similares.

A la semana siguiente Jacinto aparece radiante: sus problemas de pareja han desaparecido como por ensalmo. Desde que salió de la sesión anterior estuvo “usando a su abuelo” para copiar su comportamiento y en estos momentos tiene una esposa perpleja y feliz. Por otra parte él se siente mucho más esponjado porque se reconoce mucho más auténtico dentro de esas pautas de expresividad y espontaneidad que en la inhibición anterior. A partir de ahí, Jacinto siguió utilizando durante un tiempo la “fantasía del abuelo” hasta haber ganado suficiente confianza. Más adelante se animó a tratar su problema de ansiedad generalizada.

Raúl: Técnica de la fantasía de “reparentalización”

Raúl (50 años) presenta, cuando viene a terapia, una distimia en el eje I del DSM-III-R y un fuerte trastorno de la personalidad por dependencia y pasivo-agresiva en el eje II. El acontecimiento de cambio al que aquí nos vamos a referir tiene lugar hacia el final de la terapia, cuando los objetivos principales de la misma ya se han conseguido. Sin embargo, cuando se enfrenta a determinados problemas, sufre un total bloqueo que le incapacita para resolverlos. El problema dice ser “una especie de bloque de hierro que se le pone delante y no le deja moverse.

Señal del cliente:

El terapeuta utilizó como señal el que, en la exploración de los momentos en que se produce ese bloqueo, se da la coincidencia que se trata de temas en que la madre de Raúl es sumamente rígida y refractaria a admitir otro criterio diferente al suyo. Raúl acaba explicitando que el bloque de hierro es el conjunto de mensajes maternos que toda la vida, automáticamente, están interfiriendo en su vida impidiéndole obrar con autonomía en forma distinta a como su madre lo haría. Racionalmente tiene claro qué quiere hacer, pero no sabe cómo controlar ese automatismo. Lo que más le cuesta es liberarse de uno de esos pensamientos automáticos que dice que ante cualquier situación de bienestar, coloca el bloque de hierro amenazante diciéndole

“ahora ocurrirá algo malo”.

Operación del terapeuta:

Le propone una operación que va a durar varias sesiones. Se trata de la técnica de Lilly Stuart que dicha autora denomina “reparentalización del Padre del cliente”. Dicha intervención consistirá en imaginar que la madre de Raúl es una niña y que Raúl va a educarla de manera que cuando sea una mujer adulta sea flexible y permita que sus hijos tengan criterios propios sin por ello retirarles el afecto ni amenazarlos. Raúl accede y se determina como edad para empezar la reparentalización la de diez años, que es el momento en que el cliente, intuitivamente, señala como decisivo para que su madre empezara a volverse rígida.

Actuación del cliente:

A lo largo de varias sesiones, el cliente va a situar con la imaginación, a su madre como niña, en un cojín frente a él. Primero trata de comprenderla: en este caso partirá de todos los miedos de una niña (extranjera) que se queda huérfana y sin familia con motivo de la guerra y que va deambulando por distintos países, perdida y empezando a buscar la manera de ganarse la vida haciendo duros trabajos en alguna familia que le da comida y techo. Raúl comprende la difícil situación de esa niña, su pánico y su manera de elaborar criterios rígidos que le sirvieran para orientarse dentro de su caótica situación y su manera de aferrarse a ellos como posibilidad de establecer una continuidad interna en su vida. Raúl le habla con voz suave, la consuela, la tranquiliza y le va dando pautas de pensamiento más flexibles que las suyas. Luego Raúl se sitúa en el cojín de la niña y desde allí va expresando más temores e interrogantes que se le plantean y a los que Raúl responderá desde su propio cojín. Finalmente la abraza y acaricia hasta que queda tranquila, dormida en sus brazos.

Así se desarrollarán seis sesiones, cada vez con “una niña más crecida”, que luego se convertirá en adolescente, en joven, en adulta... y que va a recibir el apoyo de Raúl y un estilo de relación por parte de éste que le van a permitir elaborar una actitud flexible y coherente con sus hijos.

Resultado intrasesión:

En la última sesión, con la madre ya adulta y capaz de disfrutar de las situaciones placenteras, en lugar de boicotearlas llenándolas de mensajes amenazantes, y de dar mensajes positivos a sus hijos, Raúl pide a su madre, y obtiene, permiso para desembarazarse del bloque de hierro. Raúl, que imagina al bloque de hierro sobre uno de los cojines de la sala de terapia, se abalanza sobre él, lo golpea con fuerza (usa el cojín como símbolo), le retuerce con violencia, le abre un boquete ... el bloque se rompe y de su interior empieza a salir luz, más y más luz de forma ininterrumpida hasta que toda la sala de terapia queda inundada y

sumergida en esa luz. Raúl está sudoroso y feliz. Con asombro dice: “¡Pero si ya no me duele la espalda!”. A partir de ese momento tanto el bloqueo como su dolor crónico de espalda desaparecen. Sólo habrá unas pocas sesiones ya para cerrar todo lo que fue su proceso terapéutico.

El objetivo de este artículo —en el marco de los intereses del movimiento integrador en psicoterapia— es mostrar el reconocimiento que se concede actualmente, por parte de numerosos modelos psicoterapéuticos, a las técnicas con fantasía guiada. Aún teniendo en cuenta la diversidad en cuanto a las formas de utilización de la imaginería, se constata, como un elemento común en todos ellos, el poder terapéutico de las visualizaciones mentales. La revalorización actual de las imágenes ha sido posible una vez superada la descalificación watsoniana de las mismas y, previamente, los presupuestos dualistas cartesianos. Al final del artículo se describen dos ejemplos de “acontecimientos de cambio” por aplicación de fantasías guiadas.

Referencias bibliográficas:

- AHSEN, A. (1972). *Eidetic parents tests and analysis*. New York: Brandom House.
- AHSEN, A. (1977). Eidetics: An overview. *Journal of mental imagery*, 1, 5-38.
- AHSEN, A. (1968). *Basic concepts in eclectic psychotherapy*. New York: Brandom House.
- ANDERSON, M.P. (1980). Imaginal processes: Therapeutic application and theoretical model. In M.J. Mahoney (ed.) *Psychotherapy process; Current issues and futur trends*. New York: Plenum.
- ARBUTHOTT, D. & k. (1988). Imaginaire et imaginerie mentale dans le travail avec les adolescents. *Actualites en Analyse Transactionelle*, 48, 187-192.
- ASSAGIOLI, R.A. (1965). *Psychosynthesis: A manual of principles and techniques*. New York: Hobbs-Darman.
- ASSAGIOLI, R.A. (1973). *The act of will*. New York: Viking. Trad.cast.: *El acto de la voluntad*. México: Trillas, 1.989.
- AZEVEDO-FERNANDES, M.P. (1961). *Sonho acordato dirigido de R. Desoille. Psicoterapia técnica e clínica*. Oporto: Livrería Lópes de Silva, ed.
- BARBER, T.J. & WILSON, S.L. (1979). Guided imagining and hipnosis: Theoretical and empirical overlap and convergence in a new creative imagination scale.. In A.A. Sheikh & J.T. Shaffer (Eds.) *The potential of fantasy and imagination*. New York: Brandon House.
- BASTINE, R., FIEDLER, P. & KOMMER, D. (1980) Qué es terapéutico en la psicoterapia. Aproximación sistemática a la investigación del proceso psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 1, 39-56. Original alemán aparecido en *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 18, 1-22, el año 1.989.
- BAUDOUIN, C. (1.963). *L'oeuvre de Jung et la psychologie complexe*. París: Payot. Trad. cast. : *La obra de Jung y la psicología de los complejos*. Madrid: Gredos, 1967.
- BECK, A.T. (1970). Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 3-17.
- BINET, A. (1922). *L'étude expérimentale de l'intelligence*. París: Costes.
- BORNSTEIN, P.H. & SIPPRELLE, C.N. (1973). Clinical applications of induced anxiety in the treatment of obesity. Paper presented at the Southeastern Psychological Association meeting, April, 6.

- BRUNNER, J.S. (1968). The course of cognitive growth. In P.C. Wason & P.N. Johnson-Laird (Eds.) *Thinking and reasoning*. Baltimore: Penguin.
- CASLANT, E. (1921). *Méthode de développement des facultés supranormales*. Paris: Ed. Rhea.
- CAUTELA, J.R. (1977). Covert conditioning: Assumptions and procedures. *Journal of Mental Imagery*, 1977, 1, 53-64.
- CLARK, D. (1925). The phantasy method of analysing narcissistic neurosis. *Psychoanalytic Review*, 13, 225-232.
- CRAMPTON, M. (1969). The use of mental imagery in psychosynthesis. *Journal of humanistic Psychology*, 2, 139-153.
- CRAMPTON, M. (1974). *An historical survey of mental imagery techniques in psychotherapy and description of the dialogic imagery method*. Montreal: Canadian Institute of Psychosynthesis.
- CRAMPTON, M. (1981). Psychosynthesis. In R.J. CORSINI. *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: Wiley. (pp.709-723).
- DESOILLE, R. (1961). *Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé*. Ginebra: Eds. du Mont Blanc. Trad. italiana en Roma: Astrolabio: 1974.
- DESOILLE, R. (1971). Marie-Clotilde. *Une psychotherapie par le rêve-éveillé dirigé*. Paris: Payot. Trad. cast.: *El caso de María Clotilde*. Buenos Aires: Amorrortu.
- DESOILLE, R. (1973). Entretien sur le rêve-éveillé dirigé en psychothérapie. Paris: Payot. Trad. cast. *Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- DENIS, M. (1979). *Les images mentales*. Paris P.U.F. Trad. cast.: *Las imágenes mentales*. Madrid, Siglo XXI, 1984.
- DOLAN, A.T. & SHEIKH, A.A. (1977). Short-term treatment of phobia through eidetic imagery. *American journal of psychotherapy*. Vol XXXI, pp.595-604.
- ELLIOT, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy Research and Practice*, 20, 47-55.
- FABRE, N. (1973). Le triangle brisé. Trois psychothérapies d'enfants par le Rêve-Eveillé Dirigé. Paris: Payot. Trad. cast. *El triángulo roto. Psicoterapia de niños por ensueño dirigido*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FERRUCCI, P. (1982). *What me may be*. Thorsons, P.G. Trad. cast.: *Psicosíntesis*. Málaga: Sirio, 1987.
- FORISHA, B.L. (1979). The outside and the inside: Compartmentalization or integration. In A.A. Sheikh & J.T. Shaffer (Eds.) *The potential of fantasy and imagination*. New York: Brandon House.
- FRANK, L. (1910). *Die Psychoanalyse*. Munich: E. Reinhardt.
- FUSINI-DODDOLI, M. (1970). *Le rêve-éveillé- dirigé: Une psychotherapie analytique*. Paris: E.S.F.
- GENDLIN, E. (1973). Experiencial Psychotherapy. In R.J. Corsini (Ed.) *Current Psychotherapies*. 1st.ed. Itasca, Ill.: F.E. Peacock.
- GENDLIN, E.T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House. Trad. cast.: *Focusing*. Bilbao: Mensajero, 1983.
- GENDLIN, E.T. & OLSEN, L. (1970). The use of imagery in experiential focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 7, 221-223.
- GERARD, R. (1964). *Psychosynthesis: A psychotherapy for the whole man*. New York: Psychosynthesis Research Foundation.
- GINGER, S. (1987). *La gestalt. Une thérapie du contact*. Paris: Hommes et Groupes.
- GOULDING, M. & R. (1985). *Ajudate pela Análise Transaccional*. São Paulo: Ibrasa. Título original: *Changing lives through redecision therapy*, 1979.
- GREVE, B. (1977). Scènes imaginaires et décisions de survie. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 2, 85-88.
- GREENBERG, L. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 190-201.
- GUILLEREY, M. (1945). *Médecine psychologique*. In *Médecine officielle et médecine hérétique*. Paris: Plon.
- HALL, E.T. (1977). *Beyond culture*. Garden City, N.Y.: Anchor.
- HAPPICH, C. (1932) Das Bildemusstsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung. *Zbl. Psychotherapie*, 5, 663-667.
- HOLT, Robert R. (1964) Imagery The Return of the Ostracised. *American Psychologist*, 19, 254-264.
- HOROWITZ, M.J. (1968). Visual images in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 22, 55-75.
- HOROWITZ, M.J. (1970). *Image formation and cognition*. New York: Appleton-Century Crafts. Edición revisada y ampliada con el título: *Image formation and London: Sason Aronson*. 1983.
- HOROWITZ, M.J. (1974). *Image techniques in psychotherapy*. New York: Behavioral Science Tape Library.
- HOROWITZ, M.J. (1978). Controls of visual imagery and therapist intervention. In J.L. SINGER and K.S. POPE. *The power of human imagination*. New York & London: Plenum. (pp.35-50).
- HOROWITZ, M.J. (1982): Strategic dilemmas and socialization of psychotherapy researches. *British Journal of Clinical Psychology*, 212, 119-127.

- HOROWITZ,M.J. (1983). *Image formation and psychotherapy*.New York: Jason Aronson.
- LIBERG, J.R. (1981): Focusing. In R.J. Corsini (Ed.) *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: John Wiley (pp.344-361).
- JACOBI,J. (1976). *La psicología de C.G. Jung*. Madrid: Espasa-Calpe. Ed. original alemana en Zurich: Rascher, 1959.
- JORDAN,C.S.(1979): Mental imagery and psychotherapy: European approaches. In A.A. Sheikh & J.T. Shaffer (Eds.). *The potential of fantasy and imagination*. New York. Brandon House.
- JUNG,C.G. (1950). *L'homme à la découverte de son âme*. Mont-Blanc, Gèneve: Action et Pensée.
- KLINGER,E. (1980). Therapy and the flow of thought. In J.E. Shorr et al. (Eds.). *Imagery: Its many dimensions and applications*. New York: Plenum.
- KLINGER,E. (Ed.) (1981). *Imagery: Concepts, Results, and Applications*. New York and London: Plenum.
- KOSSLYN,S. (1975). Information representation in visual images. *Cognitive Psychology*. 43, 601-607.
- KOSSLYN,S. (1980). *Image and mind*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- KRETSCHMER,W. (1969). Meditative techniques in psychotherapy (1969): In C. Tart (Ed.).*Altered states of consciousness*. New York: Wiley.
- LAUNAY,J.L., LEVINE,J. & MAUREY,G. *Le rêve-veille-dirigé et l'inconscient*. Bruselas: Dessart et Mardaga, eds. Trad. cast. *El ensueño dirigido y el inconsciente*. Paidós, 1982.
- LEUNER,H. (1969): Guided affective imagery: A method of intensive psychotherapy. *American journal of Psychotherapy*, 23, 4-23.
- LEUNER,H. (1977). *The role of imagery in psychotherapy*. En S.ARIETI & G. CHRZANOWSKI (Eds.) *New dimensions in psychiatry: A world view*. New York: John Wiley.
- LEUNER,H. (1977b). Guided affective imagery: An account of its developmental history. *Journal of Mental Imagery*, 1977,1, 73-92.
- LEUNER,H.(1978). *Basic principles and therapeutic efficacy of guided affective imagery*. En J.L. SINGER & POPE K.S. *The power of human imagination*. New York and London: Plenum, (pp.125-166).
- McMAHON, C.E.(1973). Images as motives and motivations: A historical perspective. *American Journal of Psychology*, 1973,86, 465-490.
- McMAHON, C.E. & SHEIKH,A.A.(1984) Imagination in disease and healing processes: a historical perspective. In A.A. SHEIKM (Ed.): *Imagination and healing*. Formingdale. New York: Baywood. (pp.7-34).
- MEICHENBAUM,D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- MEICHENBAUM,D. (1978). Why does using imagery in psychotherapy lead to change? In J.L. SINGER & K.S.POPE (EDS.): *The power of human imagination*. New York & London: Plenum (pp.381-394).
- MILLER,J.L. (1977). Analyse de récits imaginaires. *Actualites en Analyse Transactionelle*, 4,198-200.
- MORRISON, J.K. (1979). Emotive-reconstructive psychotherapy: Changing constructs by means of mental imagery. In A.A. Sheikh & J.T. Shaffer (Eds.). *The potential of fantasy and imagination*. New York: Brandon House.
- MORRISON,J.K. (1980). Emotive-reconstructive therapy: A short term psychotherapeutic use of mental imagery. In J.E. Shorr et al. *Imagery: its many dimension and applications*. New York: Plenum.
- O'HEARNE,L.P. (1977). Contes de fée et redecisions. *Actualites en Analyse Transactionelle*.,2, 78-81.
- PAIVIO,A. (1973). Psychological correlates of imagery. In F.J. McGuigan & R.A. Schoonover (Eds.). *The psychophysiology of thinking*. New York: Academic.
- PANAGIOTOU,N. & SHEIKH,A.A. (1974): Eidetic psychotherapy: Introduction and Evaluation. *International Journal of Social Psychiatry*, 1974, vol.20, 231-241.
- PERIS,F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Moab.Real People Press. Trad.cast. *Sueños y existencia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos, 1974.
- PAUL, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 31, 109-118.
- PROGROFF,I. (1975). *At a Journal Workshop*. New York: Dialogue House.
- PERLS,F. (1970). Seminarios sobre sueños. En J. Fagan el. Shepherd (Eds.) *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu, s/f. (pp. 203-223). Original inglés: *Gestalt therapy now. Theory, thecniques, applications*. New York: Harper & Row.
- POLSTER,E & M.(1973). *Gestalt therapy integrated*. New York: Vintage Books. Trad.cast.: *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.1980.
- REYHER,J. (1977). Spontaneous visual imagery: Implications for psychoanalysis, psychopathology, and psychotherapy. *Journal of Mental Imagery*. 2, 253-274.
- REYHER,J. (1963). Free imagery, an uncovering procedure. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 454-459.

- REYHER, J. (1978). Emergent uncovering psychotherapy: The use of imagic and linguistic vehicles in objectifying psychodynamic processes. In J.L. SINGER & K.S. POPE (Eds.): *The power of human imagination*. New York: Plenum.
- RICE, L.N. & GREENBERG, L.S. (Eds.) (1984). The new research paradigm. In problematic reactions. In L.N. RICE & S. GREENBERG (Eds.) *Pattern of Change*. New York: Guilford.
- ROOS, P. (1984). Projeter l'avenir dans l'imaginaire. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 32, 185-188.
- ROTONDO, A. (1987). Rêve éveillé en analyse transactionnelle. *Actualité en Analyse Transactionnelle*, 44, 165-170.
- ROSAL, R. & GIMENO-BAYON, A. (1991): *Psicoterapia integradora holista*. Barcelona: Instituto Erich Fromm. En preparación.
- SCHACHTEL, E.G. (1959). *Metamorphosis: On the development of affect, perception, attention, and memory*. New York: Basic Books.
- SCHULTZ, J.M. & LUTHE, W. (1959). *Autogenic training: A physiological approach to psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- SHEIKH, A.A. (1976). Treatment of insomnia through eidetic imagery: A new technique. *Perceptual and Motor skills*, 43, 994.
- SHEIKH, A.A. (1978). *Eidetic Psychotherapy*. J.L. SINGER & POPE, K.. *The power of human imagination*. New York and London: Plenum. (pp. 197-224).
- SHEIKH, A.A. & JORDAN, C.S. (1981). *Eidetic psychotherapy*. R.J. CORSINI: *Handbook of innovative psychotherapies*. pp. 271-285.
- SHEIKH, A.A., RICHARDSON, P. & MOLESKI, L.M. (1979). Psychosomatics and mental imagery: A brief review. In A.A. Sheikh & J.T. Shaffer (Eds.). *The potential of fantasy and imagination*. New York: Brandon/ House.
- SHEIKH, A.A. (Ed.) (1983). *Imagery : Current theory, research and application*. New York: John Wiley.
- SHEIKH, A.A. (Ed.) (1984). *Imagination and healing*. New York: Baywood, Farmingdale.
- SHEIKH, A.A. & JORDAN, C.S. (1983) Clinical uses of mental imagery. En: A.A. Sheikh (Ed.): *Imagery: current theory, research and application*. New York: John Wiley-Sons. (pp.391-424).
- SHEIKH, A.A. & PANAGIOTOU, N.C. (1975) Use of mental imagery in psychotherapy: a critical review. *Perceptual and motor skills*, 1975, 41, 555-585.
- SHEIKH, A.A. & SHAFER, J.T. (Eds.) (1979). *The potential of fantasy and imagination*. New York: Brandon House.
- SHORR, J.E. (1972). *Psycho-Imagination therapy : The integration of phenomenology and imagination*. New York: Intercontinental Medical Book Corp.
- SHORR, J.E. (1974). *Shorr imagery test*. Los Angeles: Institute for Psychoimagination therapy.
- SHORR, J.E. (1974). *Psychotherapy through imagery*. New York: Intercontinental Medical Book.
- SHORR, J.E. (1977). *Group Shorr imagery test*. Los Angeles : Institute for Psycho-Imagination therapy.
- SHORR, J.E. (1978). Clinical categories of therapeutic imagery. In J.L. Singer and K. Pope (Eds.): *The power of human imagination*. New York: Plenum.
- SHORR, J.E. (1979). *Shorr parental imagery test*. Los Angeles: Institute for Psycho-Imagination Therapy.
- SHORR, J.E. (1981). Psycho-Imagination Therapy. In R.J. CORSINI: *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: Wiley (pp. 694-708).
- SHORR, J.E. et al. (Eds.) (1980). *Imagery (vol.1): Its many dimensions and applications*. New York & London: Plenum.
- SHORR, J.E. et al. (Eds.) (1983). *Imagery (vol.3): Theoretical and clinical applications*. New York & London: Plenum.
- SCHUTZENBERGER, A.A. (1977). *Le corps et le groupe*. Paris: Privat. Trad.cast.: *Nuevas terapias de grupo*. Madrid: Pirámide, 1980.
- SINGER, J.L. (1974). *Imagery and day dream methods in psychotherapy and behavior modification*. New York: Academic Press.
- SINGER, J.L. & POPE, K.S. (1978). The use of imagery and fantasy techniques in psychotherapy. In *The power of human imagination*. New York & London: Plenum. (pp. 125-166).
- SINGER, J.L. (1979). Imagery and affect in psychotherapy: Elaborating private scripts and generating context. In A.A. Sheikh & J.T. Shaffer (Eds.) *The potential of fantasy and imagination*. New York: Brandon House.
- SINGER, J.L. & SWITZER, E. (1980). *Mind play: The creative uses of imagery*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- VELASCO SUAREZ, C.A. (1974). *La actividad imaginativa en psicoterapia*. Buenos Aires: Edit. Universitaria.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1, 5-25.

- VITTOZ,R. (1907). *Traitement des psychonervoses par la reeducation du controle cerebral*. Paris: Bailliere.
- WATKINS,M. (1984). *Waking dreams*. Dallas, Texas: Spring Publics Inc., 3rd ed.
- WATSON,J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*. 20, 158-177.
- WATSON,J.B. (1930). *Behaviorism*. New York: Norton.
- WOLPIN,M. et al. (1986). *Imagery (vol.4): Recent practice and theory*. New York & London: Plenum.
- ZINKER,J. (1977). *Creative process in gestalt therapy*. New York: Brunner/Mazel. Trad. cast. *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Buenos Aires: Paidos, 1979.

