

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

INTERACCIÓN EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen VII - 2º/3er. trimestre 1996

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **26/27** Ψ

---

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

**Comité de Redacción:** MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M<sup>a</sup> JOSE PUBILL GONZALEZ, M<sup>a</sup> ROSA TORRAS CHERTA.

**Secretaria de Redacción:** EMPAR TORRES AIXALÀ

**Consejo Editorial:** ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

**Coordinador:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

---

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen VII - Nº 26/27 - 2º/3er. trimestre 1996**

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

---

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

---

**Portada:** Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Fotocomposición, Fotomecánica:** Gabinete Velasco Tel.: 434 0550 BARCELONA

**Impresión:** OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: (93) 430 23 09

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 2.000 pts. (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>INTERACCION TERAPEUTICA Y CAMBIO .....</b>	<b>5</b>
Lorenzo Cionini y Daniela Maria Mattei	
<b>LOS SISTEMAS COMPORTAMENTALES INTERPERSONALES EN LA RELACION TERAPEUTICA .....</b>	<b>13</b>
Giovanni Liotti y Bruno Intreccialagli	
<b>EL ANALISIS DE LA DEMANDA. UNA DOBLE PERSPECTIVA, SOCIAL Y PRAGMATICA.....</b>	<b>25</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>INTERACCIONES PERSONALES Y PSICOTERAPIA DE GRUPO .....</b>	<b>79</b>
Héctor Fernández Álvarez	
<b>GÉNERO E INTERACCION EN LA COTERAPIA Y EL EQUIPO REFLEXIVO .....</b>	<b>87</b>
Miguel Garrido Fernández	
<b>LA PSICOPATOLOGIA IATROGENICA EN PSICOANALISIS .....</b>	<b>113</b>
Giovanni Jervis	
<b>¿Y SI UN GENIECILLO ME ESTUVIESE ENGAÑANDO TODO EL RATO? CONVICIONES DE AUTOENGAÑO Y TRASTORNOS INDUCIDOS POR LA PSICOTERAPIA .</b>	<b>127</b>
Antonio Semerari	
<b>PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PSICOTERAPIA: EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE .....</b>	<b>141</b>
Cecilia La Rosa	
<b>ENTREVISTA CON HUMBERTO MATURANA.....</b>	<b>149</b>
M <sup>a</sup> José Hernández Estévez y M <sup>a</sup> Virtudes Ortega Martínez	
<b>DE JUAN CON MIEDO A JUAN SIN MIEDO .....</b>	<b>155</b>
Elena Mariscal	

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

## Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097  
08080 Barcelona  
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

## Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)  
Revista de Psicoterapia  
c/. Francesc Tàrraga, 32-34  
08027 - Barcelona  
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

## BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha: .....

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos: .....

Nombre: .....

Teléfono: ..... Profesión: .....

Dirección: .....

Ciudad: ..... D.P. ....

- Forma de pago:
- Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
  - Adjunto cheque bancario núm.: .....
  - Contrareembolso
  - VISA
  - MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Precio de la suscripción anual para 1996  
para España ..... 4.800 pts.  
para el extranjero ..... 50 \$ USA

Firma:

---

## BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos: .....

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad:     Oficina:     DC:   Cuenta:

Banco/Caja ..... Agencia n°: .....

Dirección .....

Ciudad ..... D.P. ....

Fecha y Firma:



## EDITORIAL

Tiempo atrás dedicamos un número monográfico de la Revista, el quinto, a la relación terapéutica. En esta ocasión nos referimos a fenómenos que afectan a la interacción en psicoterapia. Mientras que el término relación terapéutica hace referencia fundamentalmente a los aspectos interpersonales y afectivos, tales como, autenticidad y congruencia del terapeuta, o aceptación, comprensión, calidez y empatía para con cliente, el término interacción incluye algo más: implica los efectos que terapeuta y cliente se producen mutuamente. Así el cliente influye con sus demandas sobre el terapeuta, mientras que éste incide sobre el paciente con sus respuestas tanto técnicas como personales, pudiendo favorecer o entorpecer el proceso de cambio.

A este propósito iniciamos la monografía con un artículo de Lorenzo Cionini y Daniela Maria Mattei de carácter introductorio en el que se relacionan, precisamente, interacción y cambio psicológico. Le sigue una interesante aportación de Giovanni Liotti y Bruno Intrecialagli en el que se analiza la interacción psicoterapéutica en términos de sistemas comportamentales de naturaleza etológica e interpersonal.

La psicoterapia como práctica social se basa en un contrato entre dos agentes sociales, terapeuta y cliente, que implica una interacción asimétrica o desigual. Las demandas del paciente se dan por descontadas, pero un análisis de éstas pone de relieve que la respuesta del terapeuta no siempre puede ser cónsona a aquéllas. Manuel Villegas plantea desde un punto de vista discursivo pragmático la necesidad de reformularlas en términos psicológicos a fin de hacer viable y eficaz la interacción entre terapeuta y paciente.

Por su propia naturaleza los efectos de la interacción se multiplican en situaciones de grupo: Manuel Garrido considera las interacciones de los miembros del grupo terapéutico entre sí y con los pacientes con el añadido de las diferencias de género. Héctor Fernández Álvarez dedica su trabajo a la descripción de las premisas que regulan la conformación y la dinámica de los grupos que explican las características interactivas de éstos.

La interacción terapéutica puede tener también, por desgracia, un efecto iatrogénico o contrario al previsto y deseado. Varios son los artículos dedicados a esta cuestión en este monográfico. Giovanni Jervis nos ofrece una reflexión global sobre este fenómeno, subrayando que tales efectos no siempre son consecuencia de un entrenamiento defectuoso o de características personales del

terapeuta, sino, con frecuencia, de características derivadas de la aplicación insensata de la propia técnica. De una forma más específica Antonio Semerari nos ofrece la descripción de un nuevo síndrome, “el síndrome del demonio cartesiano”, término acuñado por él para hacer referencia precisamente a un efecto indeseable de uno de los mayores éxitos de la psicoterapia: el aumento (a veces descompensado) de la autorreflexividad. En un estilo documental Cecilia La Rosa nos pone ante uno de estos casos de iatrogenia terapéutica, a través de la narración de la propia víctima de uno de ellos.

Fuera ya de monografía publicamos una jugosa entrevista con uno de los investigadores y pensadores modernos que más ha influido últimamente en la psicoterapia desde fuera de ésta, Humberto Maturana, habiendo acuñado términos tan usados hoy en día como el de “autopoyesis”, que se ha convertido en uno de los conceptos clave para la legitimación del constructivismo en psicoterapia, tanto de enfoque sistémico como individual.

Cierra el número un breve testimonio personal de una terapeuta que tiene el valor de centrarse sobre la interacción generada por el encuentro de dos personalidades antagónicas, la del paciente y la de la terapeuta, el primero con un trastorno de personalidad evitativo, la segunda con unas características personales totalmente opuestas.

# INTERACCION TERAPEUTICA Y CAMBIO

Lorenzo Cionini y Daniela Maria Mattei

Università di Firenze

*The relationship between therapeutic interaction and psychological change is considered regarding two different processes. The first one is concerned with the internalization of the psychotherapist by the patient, the second one with experiencing attachment schemata in the therapeutic setting.*

---

En cualquier relación interpersonal se produce un intercambio comunicativo, un traspaso de información que permite a sus componentes entrar el uno en el mundo del otro, de confrontarse y, en base a esta confrontación, decidir el desarrollo de la relación misma. Los sujetos interactuantes, con sus peculiares actitudes, definen cada vez sus objetivos y sus roles en la relación y la dimensión emotivo-afectiva dentro de la que ésta se desarrolla.

La relación terapéutica, aunque se encuadra en esta misma lógica funcional, es una relación particular: los roles de los dos componentes se definen *a priori* y son absolutamente no intercambiables. El paciente es el que pide ayuda para alcanzar un mayor conocimiento de sí mismo y se propone, por lo tanto, relatar su propia vida ofreciendo al otro la posibilidad de conocerlo: el terapeuta -que ejerce un rol de experto- se sitúa, en cambio, como supervisor del ámbito de esa investigación (Kelly, 1955). El experto-supervisor debe ser capaz -cosa que no es indispensable para un científico en la dirección de una investigación- de suscitar las sensaciones y emociones que sean indispensables para el establecimiento de una buena relación, sin por otra parte poder hablar directamente de sí mismo y sin, por lo tanto, poder utilizar uno de los principales canales de comunicación que, en los intercambios interpersonales normales, permite al otro construirse una imagen del interlocutor y definir así la propia implicación emocional. También el espacio y el tiempo son bastante diferentes en este contexto. El espacio es exclusivamente el del setting; el tiempo, también si bien no está definido *a priori*, sí está limitado a la duración de la terapia y abarca unas pocas horas mensuales.

¿Cómo es posible que una relación con unas características tan particulares y diferentes (dos personas extrañas, que al inicio no se han elegido, una de las cuales

no habla nunca de sí misma, que se ven quizás durante años, pero sólo una o dos veces por semana) puede volverse tan importante como para suscitar implicaciones emocionales y determinar un aumento del conocimiento de sí-mismo que conduzca a un cambio individual?.

En el párrafo siguiente, analizaremos brevemente las fases a través de las cuales se debe desarrollar la relación en el curso de un proceso terapéutico para poder inducir un cambio; a continuación, nos ocuparemos de las modalidades de utilización de la relación para este fin.

### **1. La evolución de la relación en el curso de la psicoterapia.**

Si bien no es posible estandarizar rígidamente la evolución y el desarrollo de la relación paciente-terapeuta en un recorrido terapéutico, resulta oportuno, a nuestro entender, evidenciar algunas fases típicamente recurrentes dentro del setting cada vez que el proceso de cambio se está desarrollando positivamente.

Analizando la relación desde el punto de vista de las construcciones del paciente y de las operaciones que el terapeuta debe efectuar para facilitarlas, hemos propuesto (Cionini y Mattei, 1991), la posibilidad de identificar cinco momentos, temporalmente sucesivos, que caracterizan el curso terapéutico.

#### *1a - Construcción del terapeuta como una persona que puede comprenderme.*

La capacidad del terapeuta de saber escuchar y acoger los mensajes verbales y no verbales que el paciente le envía, la congruencia de sus intervenciones en el interno de la interacción definen la primera dimensión emocional-afectiva de la relación. Es a través de la sintonía de las interacciones que el paciente, desde las primeras sesiones, puede llegar a construir a la persona a quien se ha dirigido como a una “persona que puede comprenderme, potencialmente capaz de ayudarme en el camino que me propongo recorrer”.

La tarea del terapeuta, en este sentido, es pues no sólo conseguir comprender el significado y las implicaciones de las comunicaciones verbales que el paciente está efectuando, sino también y sobre todo captar lo no dicho, decodificar los mensajes no verbales consiguiendo hacer sentir al otro su presencia en la relación, su capacidad de percibir también aquello que él no es capaz de expresar directamente con palabras.

#### *1b - Construcción del terapeuta como una persona fiable.*

En cualquier relación interpersonal el otro puede ser capaz de comprenderme, de captar lo que estoy sintiendo en un determinado momento, pero esto no significa necesariamente que sea capaz de ayudarme, de darme un apoyo concreto y emocional en mi proceso de crecimiento. La construcción del terapeuta como persona fiable, en este contexto, es una de las dimensiones más significativas que caracterizan un vínculo positivo de ayuda y, en nuestro caso, es una de las variables



que permiten al paciente poder emprender su viaje de exploración en el universo de sus significados personales.

La fiabilidad del terapeuta se define en función de una serie de factores: en primer lugar, su competencia y habilidad técnica para proporcionar instrumentos que incrementen las capacidades del paciente de construirse a sí mismo y construir sus propias experiencias; por lo tanto, de su neutralidad respecto a los contenidos de las elecciones y de los pensamientos del paciente que debe conseguir percibirlo como una persona que “está de su parte”, que está implicada emocionalmente, pero que al mismo tiempo mantiene aquella autonomía de juicio necesaria -no para evaluar o emitir juicios de valor- sino para explicar o para comprender los procesos que están actuando; y finalmente, de la seguridad que consigue infundir en el paciente sobre la estabilidad de su presencia y la solidez del apoyo emocional que es capaz de ofrecerle para afrontar los momentos más difíciles y dolorosos del proceso de cambio.

#### *1c - Internalización del terapeuta.*

En la tercera fase de la estructuración de la relación terapéutica, es posible observar cómo el paciente empieza a utilizar y hacer propias algunas modalidades de elaboración y construcción de la realidad sugeridas explícita o implícitamente por el terapeuta. Es frecuente que, en esta fase, el paciente cuente que ha hecho frente a ciertas situaciones analizando su significado a través de un diálogo imaginario con el terapeuta: “He pensado que si yo hubiera estado aquí con usted, yo hubiera dicho, usted hubiera observado, etc.”.

#### *1d - Construcción del terapeuta como figura estable de apego.*

Como consecuencia del desarrollo de las anteriores fases, el terapeuta debe llegar a asumir para el paciente, el valor y el significado de una verdadera figura de apego. Como sostiene Bowlby (1988), la conducta de apego, aunque resulta muy evidente en la infancia, se puede observar a lo largo de todo el ciclo vital, particularmente en los momentos de emergencia o peligro. La modalidad con la que el paciente estructura esta relación específica de apego está estrechamente correlacionada con las experiencias primarias que realmente ha vivido en la relación con las figuras de referencia y depende de los esquemas actuales que, en función de esas experiencias, ha construido.

La activación de los esquemas de apego dentro de la relación terapéutica hace que el paciente tienda a construir expectativas respecto al comportamiento del terapeuta en coherencia con lo que ha experimentado en la relación con las figuras de apego significativas de su historia personal. Las formas que la relación puede asumir, como consecuencia de este proceso, son: la asimilación de la figura del terapeuta a una de las figuras parentales (o, de todos modos, a una de las figuras primarias de apego); la identificación con el terapeuta; y el enamoramiento.

La diferencia entre este concepto y el concepto psicoanalítico de “transfert” (transferencia) reside básicamente en el hecho que éste último presupone un proceso de regresión (Freud inicialmente lo consideró una forma de resistencia). Prescindiendo de la divergencia existente entre diversos autores sobre el hecho de que toda la relación psicoanalista-paciente pueda considerarse *transfert* o no, la relación transferencial se valora, de todos modos, como “ficticia, regresiva, repetitiva e ilusoria” (Saraval, 1988). En la teoría del apego, inversamente, la definición del vínculo paciente-terapeuta implica la activación de esquemas que son propios -en el presente- del sistema cognitivo de paciente: esquemas que son utilizados, por otra parte, no sólo (aunque sí con mayor intensidad) en esta situación específica, sino que también en la relación con cualquier otra figura actual de apego.

En esta fase, normalmente más larga que las anteriores, es donde se realizan los descubrimientos más importantes y los cambios más significativo. El apoyo del terapeuta, idealizado y considerado perfecto, pueden permitir al paciente hacer frente al sufrimiento y a la “confusión” derivadas de la falsificación de algunos aspectos nucleares del su sistema de conocimiento que puede activar una “revolución personal” (según la metáfora propuesta por Mahoney, en el 1980, a partir del concepto de “revolución científica” de Kuhn).

*1e - Construcción del terapeuta como una “persona real” emocionalmente significativa.*

Representa la fase final de la terapia y coincide, en el momento de su plena realización, con su conclusión. La relación paciente-terapeuta se vuelve básicamente paritaria. El terapeuta pierde las características de “persona perfecta que me es indispensablemente necesaria” y se construye como “persona real con sus capacidades y límites como cualquier ser humano”. Aunque continúe siendo para el paciente una persona especialmente significativa es posible separarse de él y proyectarse autónomamente en los propios proyectos de vida.

## **2. Utilización de la relación para promover el cambio.**

Con la finalidad de promover el cambio, la relación terapéutica puede ser utilizada (aunque no de manera exclusiva) en función de dos objetivos que pueden considerarse como consecutivos: en primer lugar, para ayudar al paciente a ser más consciente y a analizar la singularidad de sus esquemas de apego y, posteriormente, para ayudarlo a modificarlos y articularlos de manera que sean más funcionales para una construcción tanto de sí mismo como del otro en la relación.

La relevancia de todo esto respecto al cambio en general resulta absolutamente obvia si consideramos que los esquemas de apego ocupan una posición de absoluta primacía jerárquica en cualquier sistema individual de conocimiento, situándose, de todas maneras, a niveles de máxima supraordenación.

Procediendo con orden, veamos cómo el terapeuta puede perseguir activa-

mente los objetivos descritos anteriormente.

En el momento en que el paciente ha estructurado la relación terapéutica en términos de apego (fase “1d”), tenderá a construir al otro en función de las expectativas previstas a priori a partir de sus estructuras esquemáticas: en otras palabras, tenderá a definir anticipaciones de la conducta y de las actitudes del terapeuta coherentes con sus experiencias precedentes de relación con otras figuras de referencia. Pacientes con un esquema de apego ansioso-resistente -según la definición de Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; véase también Liotti, 1988; Liotti y Tomboli, 1991), establecerán probablemente con el terapeuta un vínculo de extrema dependencia y contemporáneamente -o viceversa- se posicionarán fácilmente de manera conflictiva respecto a él, construyendo como constrictiva cualquier propuesta o demanda suya; pacientes con un esquema de apego ansioso-evitante podrán manifestar, también en el setting, una dificultad de fiarse del terapeuta y de dejarse implicar de manera estable en una inversión afectiva que a pesar suyo en cierto momento -o de frente a amenazas de una posible separación- se ponen muy claramente en evidencia. De todas maneras, cualesquiera que sean las modalidades específicas con las que se estructura la relación, el trabajo de reconstrucción y reconocimiento del propio estilo de apego viene facilitado precisamente por el hecho de que se manifiesta en lo que sucede en el aquí y ahora del setting.

La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a leer, a partir de la observación de las comunicaciones explícitas o implícitas que se dan en el setting, lo que está ocurriendo en la interacción relacionándolo con su modalidad de situarse en una relación afectiva con una persona significativa. Se trata de desplazar el plano de la comunicación del contenido específico a la modalidad en que ésta se manifiesta, para llegar a captar las implicaciones y los significados que tienen respecto a la estructura cognitiva del paciente, permitiéndole llevar a un nivel consciente algunas de las características principales de sus esquemas de apego.

Concretamente, los elementos o aspectos que pueden utilizarse son: actitudes recurrentes del paciente (continuas demandas de soluciones o de juicios, tendencia a controlar las propias reacciones emocionales o a ponerse en una postura de oposición, etc.), la tendencia a construir las reacciones del terapeuta de manera uniforme -aunque se den en situaciones absolutamente diferentes- y en disonancia con las intenciones de éste último, emociones típicamente vividas y verbalizadas por el paciente en el setting, emociones intuidas y explicitadas por el terapeuta que obviamente el paciente confirma como congruentes con lo que siente en ese momento.

Una vez que este proceso de reconstrucción se ha activado, se puede animar al paciente a relacionar las modalidades actuales de situarse respecto a las figuras afectivamente significativas con sus esquemas primarios de apego y reconocer las semejanzas entre las expectativas construidas en relación con el comportamiento de

los padres y las construidas en relación con el comportamiento del terapeuta. A menudo, esto representa un punto de partida para recordar algunos momentos significativos de la propia historia de vida, para releer y reconsiderar experiencias afectivas primarias (tal vez, también muy dolorosas) mediante las cuales se ha estructurado la construcción de la propia imagen de sí mismo.

El aumento de la conciencia de las propias estructuras cognoscitivas puede inducir, pero no garantiza, un proceso de cambio de éstas sobre todo cuando -como en este caso- se trabaja con esquemas jerárquicamente supraordenados que definen el sí-mismo. Como sostiene Semerari (1991), probablemente ni siquiera la experiencia del terapeuta como “base segura” (Bowlby, 1988), asegura de por sí el cambio que debe ser activamente inducido mediante procesos de falsificación (los cuales no hacen necesariamente referencia a lo que puede definirse como el dominio del “conocimiento teórico”; Cionini, 1991a). Es posible que yo me dé cuenta perfectamente del hecho de que algunos de los esquemas que me son propios y que utilizo para situarme en relación con los otros son “equivocados” o disfuncionales, pero no se puede asegurar de que esto sea suficiente para permitirme modificarlos: es experiencia común de cualquier terapeuta, que no se limite sólo a los aspectos racionales, la observación de frecuentes incoherencias en el sistema cognoscitivo de los paciente (como de cualquier persona); incoherencias que determinan una especie de escisión subjetiva entre “lo que pienso y lo que siento”.

Sin poder entrar en detalle, en este contexto, sobre el problema de la incoherencia, de su relevancia respecto al proceso terapéutico y a las modalidades para afrontarla (véase a este propósito Cionini, 1991a; 1991b), nos limitaremos a afirmar que la “solución de la incoherencia” (en términos de “lógica interna del sistema”) puede conducir a poner en evidencia estructuras personales de significado que no son falsificables si no es a través de experiencias que soliciten directamente este tipo de conocimiento.

La relación terapéutica, por lo tanto, tiene que convertirse en un instrumento directo de falsificación de las expectativas estereotipadas que el paciente construye a partir de sus propios esquemas de apego. Esto no significa que el terapeuta tenga en mente un modelo propio de relación para proponer como el mejor, sino que simplemente que esté preparado para captar el significado de los mensajes del paciente y para interpretarlos dentro del contexto relacional del setting, de tal modo que pueda elegir modalidades de reacción (prevalentemente no verbales) que falsifiquen sus expectativas, demuestren concretamente la existencia de alternativas posibles respecto a aquellas que él había previsto y que le den la posibilidad de experimentar modalidades diferentes de relación. Todo esto no implica que el terapeuta deba convertirse en “maquiavélico” y construir artificiosas modalidades de reacción, pero requiere que sea capaz de entrar en el mundo de significados de la persona que tiene delante y de sentir lo que le ha faltado en su historia de desarrollo para poderse construir de manera coherente a sus necesidades.

*Los autores consideran las relaciones entre interacción terapéutica y cambio psicológico en función de las operaciones de interiorización de la figura del terapeuta por parte del paciente y de experimentación de los esquemas de apego puestos en juego en el setting terapéutico*

Traducción: Empar Torres i Aixalà

**Nota Editorial:** Este artículo se publicó como capítulo dentro del libro de G. Sacco y L. Isola (Comps.) (1992), *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive* (cap. 7: pp. 107-118). Roma: Melusina, con el título “Relazione terapeutica e cambiamento”. Agradecemos el permiso para su publicación.

### Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E., & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at home*. Hillsdale: L. Erlbaum.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. (Trad. it., *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989).
- CIONINI, L. (1991a). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- CIONINI, L. (1991b). La presa de coscienza e le emozioni. In T. Magri e F. Mancini (a cura di), *Conoscenza e emozioni*. Roma: Editori Riuniti.
- CIONINI, L., e MATTEI, D.M. (1991). La relazione terapeutica. In L. Cionini, *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- LIOTTI, G. (1988). Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenetic experiences in cognitive psychotherapy. In C. Perris, L. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. New York: Springer Verlag.
- MAHONEY, M.J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum Press. (Trad. it., *La psicoterapia e la struttura delle rivoluzioni personali*. In V.F. Guidano e M.A. Reda (a cura di), *Cognitivismo e psicoterapia*. Milano: Franco Angeli, 1981).
- SARAVAL, A. (1988). La tecnica classica e la sua evoluzione. In A.A. Semi (a cura di), *Trattato di Psicoanalisi: Teoria e tecnica, vol. I*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Nuova Italia Scientifica.



# LOS SISTEMAS COMPORTAMENTALES INTERPERSONALES EN LA RELACION TERAPEUTICA

Giovanni Liotti y Bruno Intreccialagli,  
ARPAS, Roma

*In this article the authors develop the concept of behavioral systems in the context of an ethological research. This concept is applied to analyze different types of interactions produced in a therapeutic setting.*

---

El concepto de sistema comportamental, surgido de la investigación etológica (Hinde, 1982) y de las teorías evolucionistas del comportamiento humano (Chance, 1984), ha sido aplicado en el ámbito de la psicopatología y de la psicoterapia gracias a la teoría del apego (Bowlby, 1969) y a algunas recientes teorías de la ansiedad social (Trower y Gilbert, 1989) y de la depresión (Gilbert, 1989). En este artículo nos proponemos mostrar su utilidad en el análisis de los fenómenos que caracterizan la relación psicoterapéutica. Dado que las operaciones de los sistemas comportamentales, desde una perspectiva cognitivo-evolutiva, están en la base de la construcción de los esquemas cognitivos interpersonales (modelos operativos del sí-mismo y de los otros), las psicoterapias cognitivistas interesadas en identificar y modificar las estructuras de conocimiento del sí-mismo y de los demás pueden servirse en particular de análisis de las relaciones, realizados en términos comportamentales.

Nuestra exposición se desarrollará en dos etapas básicas. Primero delinearemos el concepto de sistema comportamental que surge de la investigación etológica y de las teorías evolucionistas del comportamiento. A continuación, nos detendremos en el análisis de algunos fenómenos de la relación terapéutica, en términos de sistemas comportamentales.

## **1. El concepto de sistema comportamental.**

Por sistema comportamental se entiende un sistema de reglas innatas, que

guían el comportamiento hacia una meta precisa (alimentación, depredación, definición y defensa del territorio, acoplamiento sexual, cuidado de la prole, apego de los pequeños al adulto que los cuida, etc.). Respecto al viejo concepto de instinto, la novedad conceptual más relevante consiste en renunciar a cualquier referencia a la dimensión energético-pulsional, a favor de la dimensión informativo-cibernética. Una consecuencia muy importante de esta visión de las reglas innatas del comportamiento en clave de teoría de la información y del control cibernético es que se supera automáticamente la dicotomía entre “lo innato” y “lo adquirido”: las reglas innatas (que guían el comportamiento de un organismo de manera intraespecífica e independiente de los anteriores aprendizajes) se modifican, de modo más o menos amplio, por efecto de las contingencias ambientales en las cuales se encuentra concretamente el individuo. En las especies superiores, las reglas innatas del comportamiento son ambientalmente lábiles, es decir, sujetas a amplias modificaciones por efecto de las presiones ambientales, mientras que en las especies inferiores son ambientalmente estables (véase Bowlby, 1969).

## **2. Los sistemas comportamentales sociales.**

La investigación etológica y la biología evolucionista del comportamiento han identificado la aparición progresiva, a medida que se pasa de los reptiles a las aves, mamíferos y primates, de sistemas comportamentales encaminados a regular el comportamiento *social* de los animales (véase Liotti, 1990). Mientras en los reptiles inferiores, por ejemplo, en el comportamiento sexual aparece una única forma de relación entre los miembros de la misma especie, en las aves, aparecen nuevas formas de relación entre coespecíficos: formas básicas de cuidado de la prole y de apego a los progenitores (basta recordar, a este propósito, los clásicos descubrimientos de Lorenz sobre el *imprinting*). En los mamíferos que viven en grupo, a las relaciones de apego y de cuidado entre coespecíficos se añaden relaciones dirigidas a la definición del rango en el grupo (es decir, relaciones de dominación-subordinación). En los primeros simios antropomorfos, finalmente, se delinean también relaciones de colaboración entre pares (Dewaal, 1989).

Podemos de este modo considerar, de acuerdo con la tesis fundamental de la biología evolucionista, que también en el hombre operan sistemas innatos de regulación del comportamiento social, y que estos *sistemas comportamentales interpersonales* se relacionan con la sexualidad, el apego, el cuidado, la definición de las relaciones de dominación y subordinación y de colaboración entre pares. Desde la perspectiva etológico-evolucionista, todos los comportamientos interpersonales del hombre hunden sus raíces en los cinco anteriores sistemas de reglas innatas, de los cuales derivarían por combinaciones y modificaciones ligadas al aprendizaje. El juego entre niños, por ejemplo, aparece como una forma básica de puesta en acción de reglas del sistema agonístico (nombre con el cual se indica el sistema que controla los comportamientos agonísticos rituales dirigidos a definir



el rango de dominación en los grupos de animales sociales), o bien como una forma de colaboración en una tarea de exploración del ambiente circundante, o a veces, como activación básica y embrionaria del sistema comportamental sexual. Una relación maestro-discípulo podría incluir varias combinaciones de las reglas innatas del sistema de apego (por parte del discípulo), de cuidado (por parte del maestro), del agonístico (si ambos acentúan las diversas “relaciones de fuerza”) o de colaboración (si ambos ponen énfasis en alcanzar una meta conjuntamente). Los ejemplos podrían obviamente multiplicarse.

Para la perspectiva cognitivo-evolucionista en psicología y psicoterapia, resulta de especial importancia detenerse en las maneras con que las reglas innatas de apego, de cuidado, de sexualidad, de agonismo y de colaboración se modelan por efecto de las presiones ambientales. Para comprender el desarrollo ontogenético de las reglas innatas de los diversos sistemas comportamentales, fijémonos en la puesta en funcionamiento de estas reglas antes de que el aprendizaje introduzca en ellas cualquier modificación.

No parece ilegítimo considerar que al inicio de su puesta en funcionamiento, las reglas de los diversos sistemas comportamentales sociales se puedan conceptualizar como esquemas perceptivo-motores, en el sentido piagetiano del término (véase Flavell, 1963, para una síntesis de las contribuciones de Piaget al conocimiento del desarrollo humano). El aspecto perceptivo de estos esquemas se refiere a las configuraciones de estímulos provenientes del comportamiento de otro miembro de la misma especie. El aspecto motorio guía la acción del individuo en relación con otro miembro de la misma especie, en vistas a una meta precisa y diferente para cada sistema comportamental (respectivamente: proximidad protectora del otro, salvaguardia de la integridad del otro, unión sexual, definición de las recíprocas relaciones de fuerza, consecución de un fin acordado como útil para ambos). Estos esquemas perceptivo-motorios, relativos al comportamiento social innato comportan -conviene subrayarlo- emociones intensas y específicas. Es más, las emociones extraen su significado y buena parte de su cualidad experiencial subjetiva precisamente del sistema comportamental del que dependen (Liotti, 1991a). La cólera que aparece durante la activación del sistema de apego, por ejemplo, tiene un significado (protesta para impedir el alejamiento de la persona cuidadora) y una cualidad experiencial diferente respecto a la cólera que aparece en el curso de un comportamiento agonístico ritual (cuyo significado es reafirmar la propia superioridad jerárquica en el grupo respecto al otro con quien se mantiene una relación). Las emociones son informaciones sobre la propia disponibilidad a actuar hacia el logro de un determinado objetivo (Frijda, 1987; Greenberg y Safran, 1987), y la naturaleza de esta información está en función del sistema comportamental activo en el momento en que la emoción se produce.

Las influencias ambientales introducen modificaciones en los esquemas primitivos perceptivo-motorios de los diversos sistemas comportamentales según

mecanismos definidos por el concepto piagetiano de equilibración. En otras palabras, la dinámica asimilación/acomodación (Flavell, 1963) caracteriza el desarrollo progresivo de los esquemas perceptivo-motorios hasta la adquisición, por parte de éstos, del carácter de esquemas cognitivos en el sentido propio de la palabra. Obviamente, el desarrollo del lenguaje y la progresiva superación del egocentrismo cognitivo (Flavell, 1963) hacen que los esquemas cognitivos de los diversos sistemas comportamentales adquieran un carácter explícito y proposicional. Cuando este nivel de desarrollo se ha alcanzado, pero no antes, el individuo puede reflexionar sobre los esquemas que regulan su propio comportamiento interpersonal. Safran (1990) ha propuesto el término de “esquema interpersonal” para definir estas estructuras del conocimiento del sí-mismo y del otro. Básicamente, el concepto de esquema interpersonal se superpone al de modelo operativo de Bowlby (1969, 1973). Es de subrayar cómo en los esquemas interpersonales (modelos operativos), la forma que asume el conocimiento del sí-mismo está inextricablemente unido a la forma que asume el conocimiento del otro con quien se está en relación (véase también el concepto de *looking glass self* en Cooley, 1902; Mead, 1934; Popper y Eccles, 1977; Guidano y Liotti, 1983).

Así pues, en el adulto que ha ejercitado los propios esquemas comportamentales interpersonales en un determinado ambiente humano, los mismos esquemas, una vez activados, llevan en sí una forma esquemática y generalizada de conocimiento de sí mismo-con-el-otro que es fruto de las experiencias interpersonales precedentes de aquel individuo. Cada sistema comportamental, una vez activado, conlleva una forma distinta de conocimiento interpersonal, desarrollada durante el precedente ejercicio de aquel sistema. Pero, ¿qué determina la activación de un sistema comportamental?

Los sistemas comportamentales interpersonales se activan en función de condiciones externas e internas al organismo (algunas condiciones internas al organismo que son necesarias para las operaciones completas de un determinado sistema comportamental pueden precisar años de vida antes de poder darse: éste es el caso del sistema sexual humano, que sólo puede funcionar con plenitud cuando se ha alcanzado la pubertad). Cada sistema comportamental tiene sus reglas específicas de activación. Los sistemas comportamentales que regulan el comportamiento social se activan prevalentemente, aunque no de modo exclusivo, a través de señales que provienen de la interacción con otros individuos de la misma especie. Entre las reglas de activación de los sistemas comportamentales interpersonales que aquí nos interesan, las más relevantes, a parte de las del sistema sexual, son las del sistema de apego. Éste último se activa cada vez que el organismo se encuentra en una situación de peligro, intenso malestar o vulnerabilidad. Cansancio, largos períodos de soledad (condición de vulnerabilidad para cualquier animal social, que debe su supervivencia en el ambiente de su especie precisamente a la presencia de coespecíficos en las inmediatas cercanías), lesiones del organismo, dolor son

condiciones que determinan la activación del sistema de apego en cualquier edad de la vida. Obviamente, es más raro que tales condiciones se den en el adulto que en el niño: de aquí la menor frecuencia con que el sistema de apego se activa, en general, con la edad (Bowlby, 1969). El sistema agonístico se activa, en los animales sociales, en presencia de un adulto de la propia especie, cuando se produce una situación de competición por un recurso vital que no es fácil de compartir. La repetición de las luchas agonísticas da lugar a la formación de rangos. Una vez que éstos se han establecido, el comportamiento agonístico tiende a repetirse espontáneamente por parte de los “dominantes” cada vez que encuentran a un “subordinado” a fin de reafirmar y reforzar la propia posición en la jerarquía social. En el hombre, la gran facilidad para representarse mentalmente los recursos de los cuales dejamos que dependa nuestro bienestar crea probablemente las premisas para una activación del sistema agonístico más frecuente de lo que sería biológicamente útil y psicológicamente deseable. La amplia gama de “bienes” a los que tendemos, representados mentalmente, en efecto, puede conducirnos, mucho más de lo que sería deseable, a ver en un igual nuestro un antagonista dispuesto a competir con nosotros para la conquista de aquellos “bienes”.

### **3. Los sistemas comportamentales en la relación terapéutica**

Cuando un paciente inicia una terapia, es probable obviamente que se sienta en peligro, vulnerable o con un profundo malestar. Como antes se ha comentado, éstas son las condiciones de activación del sistema de apego. Es probable, por tanto, que, por lo que se refiere al paciente, el sistema comportamental interpersonal que se active con más facilidad dentro de la relación terapéutica sea el de apego (Liotti, 1991b).

Muchos psicoterapeutas cognitivos, siguiendo el concepto de empirismo cooperativo (*cooperative empiricism*) propuesto por la escuela de Beck (ver, por ejemplo, Bedrosian y Beck, 1980), han recomendado intentar definir, con palabras y sobre todo con las actitudes que se asumen en la relación terapéutica, la relación con el paciente como una colaboración paritaria (Dryden y Golden, 1986; Guidano y Liotti, 1983; Liotti y La Rosa, 1991; Safran y Segal, 1990). Por lo tanto, es probable que el sistema comportamental interpersonal que se active con más facilidad en el psicoterapeuta cognitivo al inicio de la relación terapéutica sea el de la cooperación entre pares. Esto no significa que los otros sistemas comportamentales no se puedan activar dentro la relación terapéutica. En primer lugar, constituye una experiencia común el hecho de que el sistema de colaboración entre pares se active (aunque sea de vez en cuando) en el paciente precisamente gracias al esfuerzo intencional del psicoterapeuta de sentar la relación con el paciente sobre estas bases motivacionales y de percepción interpersonal. Después, es posible que sean las exigencias de apego (de recibir consuelo, seguridad, etc.) manifestadas por el paciente lo que provoque la activación del sistema complementario de cuidado en

el terapeuta. La obra de Bowlby -como veremos mejor en el siguiente apartado de este capítulo- sugiere que se aproveche este hecho como una potencial fuente de útiles experiencias emocionales correctivas para los pacientes con una historia de apego inseguro (Bowlby, 1977, 1988). Naturalmente, es esencial que el terapeuta que responde a las exigencias de apego del paciente sea consciente de cuanto ocurre, y esté preparado para reconducir la relación terapéutica dentro de los cauces de un comportamiento interpersonal colaborativo-paritario tan pronto como la situación del paciente lo permita. Y finalmente, es posible que el sistema agonístico y el sexual se activen dentro de la relación terapéutica, obstaculizando la colaboración entre terapeuta y paciente, encaminada al logro del objetivo terapéutico acordado.

Es tarea de terapeuta efectuar una continua monitorización de los sistemas comportamentales interpersonales activos, en cada sesión, en sí mismo y en el paciente. Sobre la base de esta monitorización, resulta posible identificar *directamente* los esquemas del comportamiento interpersonal desarrollados por el paciente referidos a cada sistema comportamental que se activa en la relación terapéutica. El análisis del comportamiento interpersonal del paciente, como éste lo describe, en otros contextos relacionales pasados y presentes, permitirá confirmar posteriormente la naturaleza y la forma de los esquemas interpersonales, identificados dentro de la relación terapéutica. Una vez hayan sido indentificados con precisión, los esquemas interpersonales, que aparecen ligados al sufrimiento psicopatológico, se convierten en el blanco de diversas posibles operaciones y experiencias psicoterapéuticas: *descentramiento* (consciencia reflexiva de los propios esquemas cognitivos); *desarrollo de la capacidad de percepción interpersonal* (superación del egocentrismo cognitivo referido a la comprensión del punto de vista del otro); *experiencias emocionales correctivas* (desconfirmaciones experienciales de las expectativas ligada a los viejos esquemas interpersonales); *crítica racional*; construcción deliberada de esquemas alternativos a través de la realización de *prescripciones de comportamiento* (un ejemplo de esta última posibilidad es el uso cognitivista de viejas técnicas conductistas de adiestramiento y de asertividad). Entre estas operaciones terapéuticas, el descentramiento y la desconfirmación experiencial pueden ser de especial eficacia dentro de la misma relación terapéutica, si se han identificado dentro de la relación los esquemas interpersonales con los que están ligadas esas expectativas (Safran y Segal, 1990).

Intentaremos ahora trazar una especie de diagrama de flujo, o de mapa, de los procedimientos que utilizan, en psicoterapia, estas concepciones teóricas sobre el análisis de la relación terapéutica en términos de sistemas comportamentales interpersonales. No se trata ciertamente de proponer un único mapa, ni de que sea un mapa exhaustivo con todas las posibilidades de activación de los sistemas comportamentales interpersonales dentro de la relación terapéutica, sino simplemente de ofrecer una descripción del itinerario del análisis de la relación terapéutica que aparece con mayor frecuencia en nuestra práctica clínica.

#### **4. Sistemas comportamentales en la relación terapéutica: Un mapa para el uso clínico.**

El primer paso que el terapeuta debe realizar en el análisis de la relación terapéutica a la luz del concepto de sistema comportamental es preguntarse si el sistema comportamental activo en un determinado momento en uno mismo, como terapeuta, está en sintonía con el sistema comportamental activo en aquel momento en el paciente. En efecto, es posible, como ya se ha señalado antes, que mientras el terapeuta busque la colaboración con el paciente dirigida al logro del objetivo terapéutico acordado, éste, en cambio, busque consuelo o seguridad en el terapeuta (sistema de apego activo en el paciente, sistema de colaboración en el terapeuta). También se puede dar el caso de que mientras el terapeuta esté ocupado en la búsqueda de colaboración, o bien haya decidido dar consuelo o seguridad al paciente (sistema de cuidado), en éste se haya activado el sistema agonístico y viva la relación como una competición en la cual afirmar su propia imagen, evitar sentirse subordinado al terapeuta, o bien aceptar incondicionalmente la supuesta “superioridad” humana y existencial del terapeuta. Y naturalmente son posibles todas las restantes combinaciones no sintónicas concebibles entre los sistemas comportamentales activos entre el paciente y el terapeuta: sexualidad y colaboración, sexualidad y cuidado, apego y sexualidad, sexualidad y dominación-subordinación.

Averiguar si el sistema comportamental activo en el paciente está o no en sintonía con el propio, implica que el terapeuta tenga en cuenta sus propias emociones en la relación y la representación cognitiva que tiene de sí mismo en relación con el paciente, más que las emociones u opiniones expresadas por el paciente (o puestas en evidencia a través de su comportamiento en la relación) respecto al terapeuta. Sobre todo en los momentos de crisis de la relación terapéutica, que Safran y Segal (1990) llaman momentos de ruptura de la alianza terapéutica, las emociones del terapeuta pueden constituir una fuente preciosa de información sobre el sistema comportamental activo en el paciente, y sobre la naturaleza de la probable desincronización que en aquellos momentos se está dando entre los sistemas comportamentales que son la base motivacional del comportamiento del terapeuta y del paciente. Un ejemplo puede servirnos para clarificar cómo las emociones del terapeuta constituyen una útil fuente de información sobre el sistema comportamental activo en el paciente (el lector puede encontrar muchos otros ejemplos similares en la obra de Safran y Segal, 1990, los cuales, aunque no utilizan, de manera explícita, el concepto de sistema comportamental, relacionan las emociones del terapeuta con los esquemas cognitivos interpersonales operantes en el paciente).

Carlo, un ingeniero de 36 años, está gravemente deprimido. El terapeuta ha tenido que renunciar a la primaria búsqueda de colaboración paritaria una vez ha terminado la exploración de los motivos por los cuales Carlo ve su vida como un fracaso total, a pesar de tener un trabajo satisfactorio y una mujer que lo quiere. La

desconfianza en sí mismo y el profundo sufrimiento que Carlo manifiesta en cada sesión han inducido al terapeuta a adoptar una prudente actitud con el fin de tranquilizarlo y animarlo, en base a la hipótesis de que la necesidad de Carlo de ser consolado en los momentos de crisis (sistema de apego) era tan intensa que no permitía ninguna otra forma de relación terapéutica. Por lo tanto, el psicoterapeuta supone que en Carlo esté activo el sistema de apego en la relación terapéutica y encuentra sostén a esta hipótesis en la historia de apego inseguro que Carlo ha tenido desde la infancia con sus padres. En consecuencia, el terapeuta activa deliberadamente y con gran cautela su sistema comportamental de cuidado en relación con Carlo. Aparentemente, esta estrategia comportamental parece que haya provocado una sintonización de los sistemas motivacionales del paciente (apego) y del terapeuta (cuidado): Carlo, que era muy cerrado, empieza a hablar de manera cada vez más articulada de su propia vida emocional presente y pasada. Su valoración de su vida conyugal se hace más clara, y la relación con su mujer parece mejorar. El sufrimiento emocional se reduce aunque no desaparece. Pero aparecen también signos de estancamiento en el desarrollo de la terapia: la desconfianza en sí mismo y el sentido de fracaso personal persisten invariables, resistiendo a todo intento de crítica racional por parte del terapeuta. Entonces, el terapeuta plantea la hipótesis de que Carlo manifiesta desconfianza en sí mismo y fracaso para mantener la atención protectora y estimulante que ha recibido del terapeuta (y nunca de sus padres), y empieza a explorar esta posibilidad. Carlo acepta racionalmente esta hipótesis: la considera factible, comprende las implicaciones contraproducentes del manifestar desconfianza y fracaso para obtener consuelo, y está dispuesto a restablecer una relación más paritaria con el terapeuta. En las sesiones siguientes, Carlo reduce las expresiones de desconfianza en sí mismo y de fracaso personal, pero parece que sea menos espontáneo en el diálogo con el terapeuta. Su manera de interactuar con el terapeuta parece artificiosa, y la exploración terapéutica de su organización cognitivo-emotiva se hace estereotipada y mecánica. El terapeuta tiene la sensación de estar delante de un “buen estudiante” que se esfuerza por complacer al maestro que admira. Al preguntarse qué es lo que no funciona en el desarrollo de la terapia, por qué le parece más artificiosa en vez de ser más espontánea y paritaria, el terapeuta advierte que experimenta emociones de irritación y de incomodidad respecto a Carlo, nunca antes experimentadas cuando el comportamiento en la relación estaba orientado por el sistema de cuidado o (y en algunos momentos le había parecido que se había dado auténticamente) por el sistema de colaboración. Observando con más atención su propia irritación, el terapeuta advierte que está ligada a un juicio negativo que tiene sobre Carlo por haberse puesto a hablar como un “buen estudiante”. Si la expresara en la relación, esta irritación se traduciría en una serie de comentarios críticos e incluso de leve menosprecio sobre el comportamiento de Carlo. El examen que el terapeuta hace de su sentimiento de embarazo es más complejo: es como si se sintiera incómodo por una vaga humillación que Carlo

parece sufrir en la relación terapéutica, humillación que ciertamente él no quiere infligir a su paciente pero que parece, por así decirlo, tal como van las cosas, inevitable. Y da la impresión de que Carlo soporta esta humillación, cualquiera que sea su naturaleza, sin rebelarse. A este punto, el terapeuta sabe lo suficiente como para poder concluir que el sistema comportamental que se está activando dentro de la relación con Carlo es el agonístico. Es como si Carlo se percibiera inmerso en una relación de dominación-subordinación e indujese al terapeuta, que ciertamente no había buscado conscientemente este tipo de relación, a asumir el rol de dominante y de subordinado. La hipótesis del terapeuta es ahora la siguiente: en Carlo se ha activado, en algún momento de la relación terapéutica, el sistema agonístico; Carlo se ha visto como “inferior” al terapeuta, y ha asumido inmediatamente y quizás inconscientemente el rol de subordinado; por esto ha aceptado rápidamente la idea del terapeuta de que la manifestación de desconfianza en sí mismo y de fracaso personal era un modo de mantener la atención protectora del terapeuta sobre él; ¡todo lo que afirmaba aquel ser superior tenía que ser verdadero!. Así, mientras el terapeuta pensaba estar promoviendo en sí mismo y en Carlo el sistema de colaboración, el paciente activaba cada vez más el sistema agonístico (en la subrutina operativa de sumisión), y se producía una desincronización entre los sistemas motivacionales-comportamentales del terapeuta (colaboración) y del paciente (sumisión). Gradualmente, también en el terapeuta se iba activando el sistema agonístico (en la subrutina de dominación); pero esta sincronización del sistema agonístico no era ciertamente deseable para los fines de la terapia, ni correspondía a las intenciones del terapeuta. Para confirmar su hipótesis, y a la vez buscar una vía de salida a este *impasse* relacional, el terapeuta empezó a pedir a Carlo que examinase el papel que los sentimientos de vergüenza habían tenido en su vida (los sentimientos de vergüenza son índices precisos de la activación del sistema agonístico, en su subrutina operativa de sumisión y de derrota: véase Trower y Gilbert, 1989). El efecto de esta investigación fue notable: emergió el hecho de que precisamente, del sentirse “derrotado” y susceptible a la vergüenza en muchas relaciones interpersonales, derivaba el sentimiento de desconfianza en sí mismo y de fracaso existencial. Al mismo tiempo, Carlo se sintió profundamente comprendido y aceptado por el terapeuta por el modo tranquilo y racional con que examinaba los sentimientos de vergüenza y los procesos cognitivos que la acompañaban, y la relación se volvió sintónica sobre el plano del sistema de cuidado-apego. Después de estabilizarse esta sintonía restablecida (y funcional para la meta de la terapia: la del sistema agonístico no lo hubiera sido ya que hubiera confirmado la desconfianza en sí mismo y el sentimiento de fracaso de Carlo), fue posible pasar a una relación auténticamente cooperativa y paritaria: Carlo no tuvo ya necesidad de idealizar al terapeuta, sino que empezó a considerarlo como un interlocutor con quien explorar conjuntamente sus esquemas cognitivos interpersonales (relativos a la competición por la búsqueda de consuelo) y con quien experimentar la construcción de esquemas

interpersonales alternativos.

El ejemplo indica los pasos sucesivos que puede realizar el terapeuta que tenga la intención de analizar la relación terapéutica en términos de sistemas comportamentales, después de haber evaluado la sintonía o desincronización entre la activación de los propios sistemas comportamentales y los del paciente. En primer lugar, será necesario evaluar si conviene sintonizar el propio sistema comportamental con el que está activo en el paciente, o bien no hacerlo, y buscar inducir al paciente a activar otro sistema distinto, sobre el que la sintonía sea deseable y funcional para el logro de la meta terapéutica. Es evidente que, en general, es contraproducente buscar la sintonía de los sistemas comportamentales en la relación terapéutica, cuando el sistema comportamental activado en el paciente es el agonístico o el sexual. Como sostiene Bowlby (1977, 1988), es en cambio útil (y en algunos casos quizás incluso indispensable) sintonizar a través del sistema de cuidado con el sistema de apego del paciente. Esto es válido sobre todo para las fases iniciales de la terapia de pacientes con historias de apego particularmente difíciles o dolorosas, porque sólo una experiencia emocional correctiva de una relación terapéutica, en la que se sientan aceptadas las propias necesidades de consuelo y seguridad, nunca antes reconocidas, puede permitir al paciente abrirse a una comunicación sincera y profunda con el terapeuta. Además, el hecho de que la relación terapéutica sea sintónica con el sistema de apego activado en el paciente permite identificar los esquemas interpersonales (modelos operativos) que el paciente ha construido en las precedentes relaciones de apego, y que son bien conocidos gracias a las investigaciones sobre las diversas formas de apego inseguro (apego evitante, apego ansioso-resistente, apego desorganizado-desorientado; véase Bowlby, 1988, y Liotti, 1991b).

En los demás casos, en los que el terapeuta puede decidir evitar la sintonización con el sistema comportamental activado en el paciente, la desincronización de los sistemas comportamentales descubierta en el seno de la relación terapéutica puede convertirse en un precioso punto de partida para investigar los esquemas cognitivos interpersonales relativos a la competición interpersonal y a la sexualidad, a través de los cuales el paciente va asimilando el comportamiento del terapeuta. ¿Cómo se estructura el conocimiento de sí mismo y del otro en un paciente que, por ejemplo, construya la conducta del terapeuta, motivada por la colaboración o por el ofrecimiento de solidaridad emocional y de consuelo, como si fuera en cambio una insinuación sexual latente o una maniobra para subordinarlo? Hacerse esta pregunta, y a partir de ella indagar la particular visión de sí mismo y de los otros del paciente, abre una vía a la comprensión de muchas dificultades interpersonales (Trower y Gilbert, 1989; Safran y Segal, 1990). Esta pregunta también puede dar inicio a la exploración del origen, en las primeras relaciones de apego, de muchas formas de sufrimiento psicopatológico, donde las figuras de apego hayan activado respecto al niño comportamientos agonísticos gravemente subordinantes (infligiendo humillaciones o golpes) o sexuales (hasta el incesto) en el lugar de



comportamientos más o menos adecuados de cuidado (Intreccialagli y Costantini, 1991). En estos casos es probable que el niño haya desarrollado esquemas interpersonales en los cuales el otro es representado simultánea y confusamente como agresor subordinante y como pareja (*partner*) sexual. Estos esquemas conducirán al paciente que los posee a un confuso e incierto conocimiento de las motivaciones, en sí mismo y en los otros, a actuar adoptando una postura protectora, competitiva y erótica. En consecuencia, la regulación de los comportamientos de apego, cuidado, competición y sexualidad será caótica, confusa o fragmentada, conduciendo a elevados niveles de sufrimiento en las relaciones interpersonales y a diversas manifestaciones psicopatológicas. Esta visión confusa del otro como figura de apego, como agresor subordinante y como seductor sexual emergerá probablemente en la relación terapéutica precisamente a partir de la desincronización observada de los sistemas comportamentales activados en el paciente respecto al (de cuidado o cooperativo) que el terapeuta intentará mantener activo en sí.

Al concluir estas reflexiones, queremos precisar y subrayar una idea que guía todo nuestra manera de trabajar con la relación terapéutica, y que en las páginas de este capítulo sólo hemos podido mencionar de pasada o por referencia. Se trata de la idea según la cual, en una visión ideal de la fase final de la psicoterapia, los sistemas comportamentales del terapeuta y del paciente deberían estar sintonizados sobre el plano de la colaboración paritaria: sólo en tal caso, en efecto, el paciente habrá recuperado plenamente, dentro de la relación terapéutica, una adecuada visión de sí mismo y de los otros con quienes comparte su vida.

---

*En este artículo los autores desarrollan el concepto de sistema comportamental que surge de la investigación etológica y de las teorías evolucionistas del comportamiento, aplicándolo al análisis de algunos fenómenos de la relación terapéutica, como guía para la conducción de ésta.*

Traducción: Empar Torres i Aixalà

**Nota Editorial:** Este artículo se publicó como capítulo dentro del libro de G. Sacco y L. Isola (Comps.)(1992), *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive* (cap. 5: pp. 69-86). Roma: Melusina, con el título “I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica”. Agradecemos el permiso para su publicación.

## Referencias bibliográficas:

- BEDROSIAN, R., & BECK, A.T. (1980). Principles of cognitive therapy. In M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1. Attachment*. London: Hogarth Press. (Trad. it., *L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1980).
- BOWLBY, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge.
- CHANCE, M.R. (1984). Biological systems synthesis of mentality and the nature of the two modes of mental operation: hedonic and agonistic. *Man-Environment Systems*, 14, 143-157.
- COOLEY, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner's.
- DE WALL, F. (1989). *Peacemaking among primates*. Cambridge: Harvard University Press.
- DRYDEN, W., & GOLDEN, W. (1986). Cognitive-behavioral therapies: commonalities, divergences and future development. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row.
- FLAVELL, J. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FRIJDA, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- GILBERT, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- GREENBERG, L., & SAFRAN, J. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- HINDE, R. (1982). *Ethology*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- INTRECCIALAGLI, B., e COSTANTINI, E. (1991). Una analisi cognitiva-evolutiva degli esiti del maltrattamento infantile in età adulta. *Psicobiettivo*, 11 (3).
- LIOTTI, G. (1990). Il concetto di sistema comportamentale fra etologia e psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, 176-187.
- LIOTTI, G. (1991a). Il significato delle emozioni e la psicoterapia cognitiva. In T. Magri e F. Mancini (eds.), *Emozioni e conoscenza*. Roma: Editori Riuniti.
- LIOTTI, G. (1991b). Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 105-115.
- LIOTTI, G., e LA ROSA, C. (1991). Possibilità e limiti del concordar regole in psicoterapia. *Psicobiettivo*, 11 (2).
- MEAD, G. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- POPPER, K., & ECCLES, J. (1977). *The self and its brain*. New York: Springer.
- SAFRAN, J. (1990). Toward a refinement of cognitive therapy in the light of interpersonal theory, I: Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105.
- SAFRAN, J., & SEGAL, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- TROWER, P., & GILBERT, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

# EL ANALISIS DE LA DEMANDA. UNA DOBLE PERSPECTIVA, SOCIAL Y PRAGMATICA

Manuel Villegas Besora  
Universitat de Barcelona

*Psychotherapy, as a professional activity, belongs to the group of helping professions, but it differs from them in many ways regarding the analysis of the demand. In this article analysis of the demand is considered from a social and pragmatic point of view.*

---

## INTRODUCCION

Una de las primeras cuestiones que debe abordar el psicoterapeuta en el encuentro inicial con un paciente es la relativa a la acogida y análisis de la demanda de ayuda. Ésta viene formulada discursivamente en términos no siempre psicológicamente viables, ni pragmáticamente apropiados; de modo que en la mayoría de los casos se hace necesaria una *reformulación*. Entre las razones que probablemente están al origen de este fenómeno se debe mencionar la naturaleza misma de la psicoterapia, a medio camino de otras profesiones de ayuda o “cura” -en el sentido etimológico del vocablo griego *therapia*-, lo que lleva fácilmente a confundirla con ellas y a plantear, en consecuencia, demandas inapropiadas desde el punto de vista psicoterapéutico.

No cabe duda de que por razones históricas la psicoterapia se ha asociado y asimilado especialmente a la medicina, y más en concreto a la psiquiatría. En algunas universidades las facultades de Psicología comparten con Medicina la misma División y los curricula universitarios de Psicología y Medicina (psiquiatría) se consideran los únicos adecuados para acceder a la especialización postgrado en psicoterapia. Los mismos requisitos son exigidos por las asociaciones nacionales o internacionales de psicoterapeutas, tales como la FEAP o la EAP. Incluso algunos profesionales reúnen en sí mismos la doble condición de psiquiatra y psicoterapeuta, o colaboran estrechamente unos con otros tanto en el ámbito de la asistencia pública como de la privada. Ambos colectivos comparten, además, la misma literatura

científica, aceptando criterios diagnósticos comunes DSM-IV. Por último, los tratamientos que combinan psicoterapia y farmacoterapia se consideran los más efectivos para la mayoría de trastornos psicológicos (Breitman y Klerman, 1991) y más en particular para la depresión (Hollon, 1992).

Estos y otros muchos factores, derivados particularmente del planteamiento informativo, literario, cinematográfico y televisivo que se hace de estas profesiones, contribuyen a crear un imaginario social según el cual la psicoterapia no es más que el equivalente *light* de la psiquiatría, con lo cual la demanda que se puede dirigir a ambas es también equivalente. Pero esta construcción social olvida el elemento fundamental que diferencia psiquiatría de psicoterapia, a saber la cuestión del *pharmakon* o agente terapéutico sobre el que se constituyen y diferencian como disciplina o método de tratamiento. En efecto, ¿cuál es el factor, si es que existe, que cura -en el sentido de sanar- en el caso de la psicoterapia?

No vamos a responder ahora a esta pregunta por dos razones fundamentales: la primera porque no es el tema que nos proponemos desarrollar en este artículo; la segunda porque probablemente la pregunta está mal planteada y, en consecuencia, no tiene respuesta, tal como demuestra la discusión estéril que se viene produciendo desde hace años a este propósito en el ámbito de la literatura especializada (Castillo y Poch, 1991; Revista de Psicoterapia, todo el nº 4; Frankl, 1990). En efecto, esta pregunta continúa basándose en la asimilación epistemológica entre psiquiatría y psicoterapia, donde está claro que para la psiquiatría existen fármacos, es decir sustancias activas (agentes) que *actúan sobre* organismos pasivos (pacientes), mientras que en psicoterapia no existen ni sustancias activas ni organismos pasivos, sino agentes sociales (psicoterapeutas) que *interactúan con* otros agentes sociales (clientes o usuarios).

La comprensión de esta diferencia fundamental relativa a los recursos y objetivos propios de una disciplina con respecto a la otra constituye un aspecto básico para encuadrar debidamente el análisis de la demanda. En efecto, el psicoterapeuta sólo podrá trabajar como tal en el caso que la demanda venga formulada o reformulada en términos coherentes con sus recursos específicos. Esto que, a primera vista, puede parecer una tautología o petición de principio no lo es si se tiene en cuenta la confusión existente, para cuyo esclarecimiento se exige, quizás como en ninguna otra profesión, un planteamiento sistemático de análisis de la demanda. En general la demanda que puede dirigirse a un notario, un arquitecto o un agente de la propiedad inmobiliaria es bastante coherente con su especialidad, sin que sea necesario discutir largamente sobre ello con el cliente. Sin embargo no sucede lo mismo en psicoterapia, hasta el punto que para algunos (Carli, 1990), a nuestro juicio exageradamente, el análisis de la demanda se convierte en el núcleo central del trabajo psicoterapéutico. Nosotros, por el contrario, creemos que el análisis de la demanda constituye su condición preliminar.

El tipo de ayuda, además, que viene solicitada en psicoterapia, no pertenece

a un campo de intervención externa al sujeto, sino que le implica directamente a él y al psicoterapeuta, de modo que da origen a una verdadera *interacción* psicosocial. La demanda de ayuda emitida por el usuario pone al psicoterapeuta ante la situación de plantearse qué puede hacer realmente por el demandante sin salirse de su rol profesional. Esto es relativamente muy poco o nada, si no dispone de algún instrumento o método de trabajo como, en nuestro caso, el análisis del discurso (Villegas, 1992), del que el análisis de la demanda constituye su aspecto más pragmático.

Tenemos pues dos dimensiones a considerar en el análisis de la demanda: la interactiva, relativa al proceso mismo de solicitar y prestar ayuda, que debe analizarse desde una perspectiva psico-social; y la discursiva, centrada en el análisis de las modalidades expresivas y pragmáticas que determinan que una demanda de ayuda pueda ser entendida y atendida psicoterapéuticamente. Ambas perspectivas constituirán el horizonte de nuestra reflexión a lo largo de este artículo.

## **I.- LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DE LA DEMANDA DE AYUDA**

Para esclarecer la primera de las dimensiones que nos planteábamos en el párrafo anterior, relativa al proceso mismo de solicitar y prestar ayuda, puede ser útil el siguiente esquema conceptual. En toda situación de demanda de ayuda tenemos, como mínimo tres elementos en juego:

- a) un sujeto individual o colectivo con una necesidad o carencia, vividas subjetivamente como tales;
- b) unos recursos (supuestamente) apropiados para cubrir esta carencia o necesidad;
- c) un agente social especializado en la prestación de tales recursos.

### **a) La vivencia subjetiva de una necesidad**

La prestación eficaz y no ofensiva de ayuda requiere un reconocimiento y aceptación explícita de la misma por parte del demandante. Para ello es indispensable que el posible beneficiario de la ayuda experimente una necesidad, no pueda satisfacerla por sí mismo y emita un requerimiento manifiesto de ayuda. De lo contrario la prestación de ayuda puede provocar rechazo y humillación. Unos comentarios recientes de un indigente que vagabundea por la calle, aparecidos en la prensa (Molist, 1996), lo vienen a confirmar:

*“La gente de la calle no se deja pisar fácilmente, están cansados de lo que han tenido que aguantar y son más duros. Van a un centro de acogida y se sienten sometidos, presionados por los horarios, porque no les dejan beber ni fumar. Una vez la Asociación X me invitó a su centro..., pero al cabo de unos días me cansé y me fui. Querían cambiar mi modo de ser”.*

Esta es la razón por la que muchas intervenciones bien-intencionadas de los misioneros o de otras organizaciones humanitarias acaban con frecuencia en el

fracaso o con la destrucción asimilativa de las poblaciones asistidas: la “ayuda” prestada por estos agentes sociales no responde a una necesidad subjetivamente sentida por los aborígenes o los componentes de un determinado ecosistema natural o social. Esto causa muchas veces estupor y frustración en los esforzados ánimos de quienes se entregan a una causa que consideran justa, tal como ponen de manifiesto las declaraciones del representante de una asociación cívica de reinserción social para indigentes, aparecidas en el mismo reportaje al que nos hemos referido anteriormente (Molist, 1996)

*“En Barcelona hoy en día nadie se muere de hambre. Es el contraste con el Tercer Mundo. En el cuarto hay más medios, pero también más aislamiento. Los pobres de Nicaragua se juntan para construir un pozo o una cloaca. Los de aquí no tienen conciencia colectiva, no hacen cosas juntos. Están solos. Por eso hablar con ellos es mejor que darles dinero. Te aceptan mejor media hora de explicar chistes que de hacer un seguimiento. Esto sorprende y hace daño, porque les ofreces ayuda y no la quieren. Los procesos de reinserción no funcionan casi nunca”.*

Existen ciertamente, también, situaciones en que el sujeto no puede expresar sus necesidades por hallarse en un estado de desvanecimiento o inconsciencia. En estos casos la intervención de un agente social externo constituye más bien una acción de salvamento que de ayuda. Se trata de situaciones en las que la valoración de la necesidad o del peligro viene determinada objetivamente, dando por supuesto que la persona solicitaría y aceptaría la ayuda si le fuera posible hacerlo.

Se pueden señalar también ocasiones en que la persona puede atender por sí misma a sus necesidades, pero por razones de comodidad prefiere hacerse ayudar por otras personas a las que se recompensa en dinero o en especie por tales servicios. Por ejemplo un camarero, un limpiabotas o el conductor de un transporte público.

No basta, sin embargo, la percepción subjetiva de una necesidad, ni la sensación de incapacidad para afrontarla, para que alguien se anime a pedir ayuda a una tercera persona o institución. Se requiere, con frecuencia, un largo proceso de evaluación de los costes y beneficios de tal solicitud. En efecto, la demanda de ayuda implica muchas veces una amenaza a la autotestima, así como el miedo a contraer una deuda impagable o incluso desarrollar una dependencia infantilizante o sentirse restringido en la propia capacidad de criterio y decisión. En tales casos las personas pueden sentirse inhibidas o retraídas ante la eventualidad de solicitar ayuda a un tercero. Igualmente el miedo a molestar o a resultar una carga para los demás puede constituir un lastre notable para pedir ayuda. Una mujer que estaba explorando la posibilidades de seguir una terapia con una psicóloga a la que había conocido en ocasión de unos encuentros profesionales esporádicos escribió después de los primeros escarceos a su posible terapeuta:

*“Hoy tenía mi primera sesión formal contigo, pero te escribo para decirte que no vendré... Creo que cuando te conocí me diste la impresión de que*

*algún día podrías ayudarme, de que algún día conseguiría abrirme contigo, de que me tirarías un salvavidas; no sé, por eso decidí llamarte para la psicoterapia. Pero hoy me doy cuenta de que no vale la pena,... de que cuando necesite a alguien me tomo dos o tres cubatas o hago cualquier cosa de esas y, aunque luego me encuentre fatal, habré pasado un rato feliz, olvidándome de todo, sin salir de donde me encuentro, pero sin que nadie se dé cuenta... Sé que tengo a mi amiga X, sé que puedo contar con ella y sé que te tengo a ti; pero también sé que las personas cansamos con nuestros problemas y, a veces, sin darnos cuenta, agobiamos.”*

**b) La existencia de recursos apropiados**

Cuando alguien acude a buscar ayuda a un profesional del tipo que sea, generalmente ha recorrido previamente un largo camino repleto de bucles y estados intermedios tal como puede verse reflejado en el diagrama de flujo del Gráfico 1.



La primera condición, en efecto, para que alguien se decida a solicitar una ayuda es que exista una conciencia clara de una necesidad o carencia. Pero esto no es siempre así, como queda dicho, a los ojos de quien experimenta una determinada situación, aunque pueda serlo para los ajenos. Aun en el supuesto del reconocimiento de la existencia de un determinado problema, éste no siempre es valorado como preocupante o dominante, de modo que su enfrentamiento o resolución se deja de lado o para una mejor ocasión. Muchos son, en efecto los pacientes que acuden a terapia con la conciencia de arrastrar un problema durante años, intentando quitarle importancia, esperando que se solucione por sí solo o aplazando *sine die* su enfrentamiento.

Sólo cuando un problema adquiere una dominancia relevante suele motivar la atención del sujeto que lo sufre. Con muy buen criterio la reacción de un individuo que se hace consciente de un problema tiende a ser la de buscar formas de hacerle frente por sí mismo, es decir, la de poner en marcha sus propios recursos. Únicamente cuando éstos se manifiestan insuficientes suele abrirse el sujeto a la solicitud de ayuda externa, esto si mientras tanto no ha decidido abandonar de nuevo o considerar como irresoluble su problema.

La búsqueda de ayuda externa se inicia habitualmente en los círculos más próximos: familiares o amigos. Éstos pueden constituir una fuente de recursos suficientes para hacer frente a las necesidades originales con los que restablecer un estado de autonomía y bienestar. En ocasiones, no obstante, tampoco esta ayuda basta; incluso a veces resulta indeseable, puesto que la fuente de problemática, particularmente psicológica, puede estar en las relaciones con la propia familia, la pareja, los amigos o compañeros del trabajo, etc. o bien éstos, a pesar de su buena voluntad se sienten incapaces de hacer nada o se ven limitados a no decir más que vaguedades. Caso de resultar infructuosa la búsqueda de ayuda eficaz en los círculos proximales puede producirse de nuevo un abandono o resignación, con evitación, premeditada o no, de acudir a otras fuentes de recursos más lejanas.

El acceso a los recursos distales suele hacerse también de forma graduada, pasando de los profesionales más genéricos -médico de familia, servicios de urgencias, sacerdote, etc.- al especialista. No es frecuente, todavía, que para los asuntos de carácter psicológico la gente se dirija espontáneamente al psiquiatra o psicoterapeuta. Ésta es una de las razones por las que muchos pacientes llegan a psicoterapia solamente a través de la derivación.

### **c) La interacción con un agente social especializado**

Cuando, finalmente, la demanda de ayuda, en nuestro caso psicológica, llega a un profesional especializado, se inicia un proceso de negociación sobre las modalidades de intervención que son posibles y factibles. Con frecuencia la solicitud de ayuda no es directamente asumible en su presentación, habida cuenta de los recursos de que dispone la psicología como tal. Por ejemplo, un psicólogo no



puede llevar a cabo, por sí solo, un programa de desensibilización sistemática respecto al miedo a volar en avión o a navegar en barco de vela, si no tiene a mano un avión o un barco de vela. Por ello estos programas no funcionan, generalmente, si no es en colaboración con una compañía aérea o con un club náutico.

Por otra parte, una demanda de este tipo, orientada a la modificación de un hábito o a la desaparición de un síntoma, aunque debe considerarse genuinamente psicológica, no por ello puede denominarse psicoterapéutica. Con muy buen criterio, en efecto, en el ámbito de la modificación de conducta se ha evitado tradicionalmente el uso de la palabra psicoterapia. Ésta, en efecto, es un tipo de intervención psicológica dirigida fundamentalmente a producir un cambio en el sistema epistemológico del sujeto. Los recursos de que dispone el psicoterapeuta son de un orden distinto, aunque no incompatible, con los de la farmacología o los de la tecnología conductual, tal como muestra el Gráfico 2 sobre los distintos niveles de intervención terapéutica.

Imaginemos una situación de ataque de pánico, acompañada de todos los síntomas neurovegetativos de rigor: constituye sin duda una situación que se acopla bien con una intervención de tipo médico o farmacológico. Por eso muchas personas que han sufrido este tipo de experiencias se tranquilizan a la vista de símbolos que indican la proximidad de un hospital, un puesto de la Cruz Roja o una farmacia, o llevando un ansiolítico en el bolso (Prata y Raffin, 1995). Algunas de las personas que han sufrido un ataque de pánico desarrollan fácilmente después un trastorno de tipo fóbico o evitativo, asociado a las circunstancias o contexto inmediato donde se produjo. Para ellos puede ser indicado un programa de desensibilización sistemática o un tratamiento de tipo conductual.

No siempre, sin embargo, tales tratamientos se demuestran suficientes. En efecto, la eclosión de muchas crisis de pánico y la fobia subsiguiente no se produce de forma puntual o espontánea, o condicionada, por ejemplo, al pánico experimentado en el interior de un ascensor que se ha quedado bloqueado, sino que, con frecuencia -como hemos tenido ocasión de valorar en otro trabajo (Villegas, 1995)- tales crisis se manifiestan como la punta de un *iceberg* de características estructurales mucho más complejas. En tales casos tiene sentido el planeamiento de una demanda de ayuda psicoterapéutica. Ésta implica la transformación de una demanda focalizada en la mitigación de los síntomas neurovegetativos o en la superación de los hábitos restrictivos de un comportamiento evitativo, hacia una demanda de comprensión del significado del fenómeno, que permita una evolución o desarrollo del sistema epistemológico del sujeto, lo que se considera el objetivo de toda psicoterapia. Esta transformación se convierte en uno de los pasos constitutivos del análisis de la demanda en la que se intenta definir en términos homogéneos las necesidades del sujeto y los recursos del psicoterapeuta.

Tal adecuación es, con frecuencia, fruto de un largo proceso de negociación, puesto que de lo que se trata es de llegar a un acuerdo sobre las bases de una

Gráfico 2  
**NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA**

Subsistemas del S. N.	Objetivo	Procesamiento	Estadios evolutivos	Tratamientos terapéuticos
Regulación fisiológica	Neurotransmisores y Sistema endocrino	Bioquímico	Constitución genética	- químicos - físicos - mecánicos
Regulación somática	Reacciones neurovegetativas y musculares	Sensorial	Sensorio-motor	- relajación - terapias corporales - desensibilización
Regulación emocional	Estabilidad afectiva	Emocional	Pre-operacional	- catarsis - empatía - psicoterapia de apoyo
Regulación comportamental	Comportamiento	Empírico	Concreto	- terapias comportamentales - terapias cognitivo/conductuales - problem solving
Regulación cognitiva	a) Sistema de creencias b) Criterios epistemológicos	Cognitivo Metacognitivo	Formal Post-formal	- terapias racionales - terapias hermenéuticas

definición común del problema que permita un abordaje psicoterapéutico, estableciendo de este modo los presupuestos sobre los que asentar la alianza y el contrato terapéuticos. La falta de explicitación de tales presupuestos, la creación de falsas expectativas, la inadecuación de los recursos frente a la naturaleza de la demanda son, con frecuencia, la causa del fracaso o el estancamiento en la psicoterapia.

### **Los límites de la psicoterapia**

Una de las funciones del análisis de la demanda es justamente la de definir claramente qué es lo que puede y lo que no puede esperarse de una psicoterapia. Ahora bien, *de-finir* cualquier disciplina teórica o práctica implica necesariamente señalar sus límites o *con-fines* (delimitar). Esto es particularmente necesario en las profesiones de ayuda, puesto que tanto el prestatario como el demandante pueden verse fácilmente tentados a sobrepasar los límites de lo que resulta viable y eficaz. Así por ejemplo, en alguna literatura psicoterapéutica, particularmente de corte humanístico o existencial, se ha puesto el acento de forma romántica o mística en lo que el terapeuta debe hacer por el paciente:

*“El analista existencial, en tanto que psicoterapeuta, no debe disponer solamente de una amplia comprensión de la materia desde el punto de vista psicoterapéutico, sino que también, en lucha por la libertad de su interlocutor existencial, debe estar dispuesto a arriesgar la seguridad de su propia existencia”* (Binswanger, 1954).

Un caso clamoroso de *aparente* extralimitación lo constituye el protagonizado por M. A. Sechehaye (1958) en el tratamiento de su paciente René, a la que siguió por espacio de casi ocho años continuados, llegando a desarrollar con ella una auténtica maternización simbólica sustitutoria. Este concepto tomado de Rosen (1953) entiende la intervención terapéutica, particularmente en las psicosis, en base a una concepción de su etiología relacionada con las frustraciones de tipo oral en la primera infancia por parte de la madre y, en consecuencia, define el trabajo psicoterapéutico como la identificación de las necesidades básicas subyacentes para proceder a su satisfacción no real, sino “simbólica” (las manzanas, el baño antes de acostarse, un conejito de peluche, etc. del caso René).

El éxito del tratamiento de la Dra. Sechehaye no constituye una excepción al principio que hemos enunciado de la no satisfacción directa de las necesidades del paciente por parte del terapeuta, sino la confirmación de que con aquellas personas que por su edad -como los niños- o por la gravedad de su perturbación psicológica -como los psicóticos- no pueden beneficiarse de un análisis semántico, puede ser más adecuada la utilización de un lenguaje simbólico o metafórico, que es en definitiva una forma más primaria de análisis o representación del significado, facilitando de este modo el pasaje del pensamiento mágico, al concreto y formal.

De forma sintética podemos decir que el objetivo de la psicoterapia no es satisfacer directamente las necesidades del paciente, sino ayudar a analizarlas, para

que pueda satisfacerlas por sí mismo o con los recursos a su alcance. Lo contrario crea dependencia y frustración y pervierte la naturaleza de la psicoterapia. Ciertamente la psicoterapia se establece y desarrolla en el contexto de la relación entre paciente y terapeuta. Esta relación adquiere una especial importancia, mucho mayor y mucho más decisiva que la que puede representar cualquier otra relación. Esto depende naturalmente del hecho que la finalidad de la psicoterapia es la exploración y el cambio cognitivo de uno de los dos participantes; por tanto, los comportamientos y las experiencias que entran en juego en la relación entre los dos protagonistas de la experiencia terapéutica constituyen una interacción absolutamente distinta de cualquier otra relación personal o profesional.

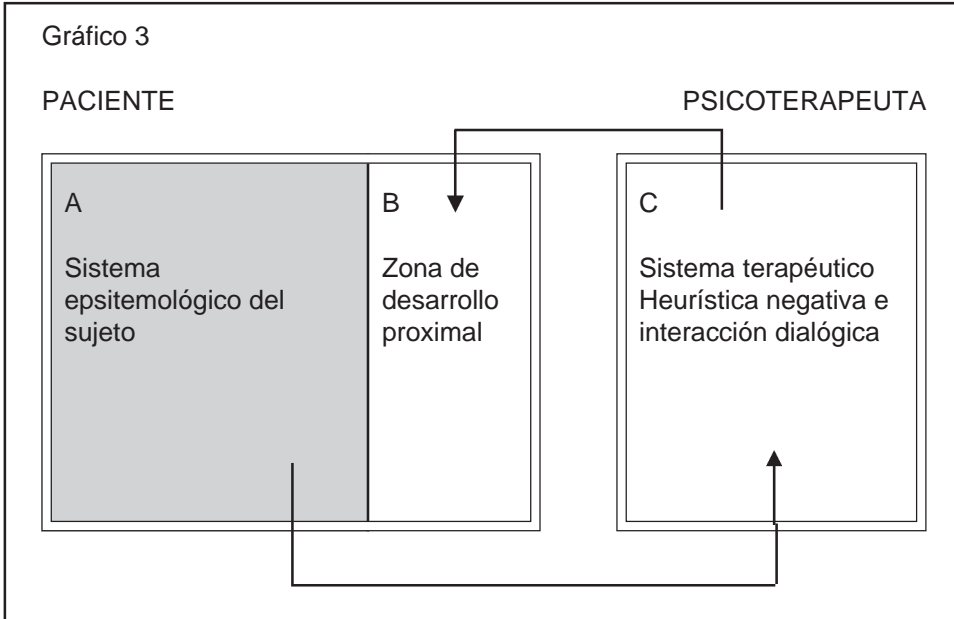
Desde nuestro punto de vista la psicoterapia puede concebirse como una interacción social orientada a promover el desarrollo psicológico de un sujeto, cubriendo de este modo déficits evolutivos, tal como hemos propuesto con la utilización de la “entrevista evolutiva” (Villegas, 1993). Si concebimos la evolución psicológica como una serie sucesiva de construcciones epistemológicas - sistemas de reglas y recursos cognitivos, afectivos y operativos- con que se construye la realidad, y los pasos de unos sistemas a otros como crisis y reestructuraciones de éstos a fin de ajustarlos a la complejidad creciente de sus interacciones con el mundo, podemos entender por qué cualquier bloqueo en ese proceso de reestructuración puede ser el origen de una disfunción o inadaptación psicológica.

En situaciones normales las crisis epistemológicas se resuelven generalmente a través de un proceso dialéctico interno o externo que lleva a una ampliación del sistema. Para un niño de seis o siete años la incongruencia entre el pensamiento mágico y el realista origina una crisis respecto a sus creencias sobre los Reyes Magos, que puede solucionar por sí mismo o con la ayuda de otros agentes sociales coetáneos o de mayor edad. Una gran cantidad de estudios demuestra que en los niños la interacción con los adultos promueve el cambio epistemológico de forma mucho más rápida y eficaz que con los coetáneos o consigo mismos en solitario.

Probablemente una ventaja semejante es la que obtiene el paciente en psicoterapia de la interacción con un agente social, en este caso el terapeuta, a causa más que de sus conocimientos especializados en psicología, de una preparación metodológica específica en el arte de favorecer el desarrollo epistemológico de un sistema individual, familiar o de pareja.

Nos parece que la mejor imagen que se puede ofrecer de la interacción en psicoterapia procede de la adaptación del pensamiento de Vygotsky a propósito de la función pedagógica y socializante de la crianza o educación. Para Vygotsky el niño sigue un programa evolutivo marcado por sus propias capacidades innatas y las necesidades inmediatas derivadas de su interacción con el mundo. Pero este programa no se desarrolla espontáneamente sin la intervención de agentes sociales que dialécticamente promueven su evolución, al tiempo que le transmiten sus instrumentos culturales de pensamiento y acción.

Una representación gráfica de este tipo de interacción puede verse en el Gráfico 3, donde la parte sombreada A representa el sistema epistemológico del paciente que, en un momento determinado de su desarrollo o ante el cambio más o menos brusco del ambiente, se experimenta como inadecuado o insuficiente - disfuncional- para hacer frente a las nuevas exigencias de adaptación.



La parte en blanco B representa la zona de desarrollo proximal que potencialmente puede conseguir el sistema epistemológico A sin pérdida de coherencia interna ni autodestrucción de su identidad. Se trata de una zona de reestructuración epistemológica que implica el desarrollo de una mayor complejidad autoorganizativa. Vygotsky llama a ésta “zona de desarrollo *potencial o proximal*”, y la define como “la distancia entre el nivel de desarrollo real, determinado por la resolución de un problema sin ayuda, y el nivel de desarrollo potencial, determinado por la resolución de un problema bajo la guía del adulto o en colaboración con compañeros más competentes” (Vygotsky, 1978). Esto no significa ni en el campo de la pedagogía, ni mucho menos en el de la psicoterapia, que el adulto o, en nuestro caso, el agente social externo al sistema epistemológico que es el terapeuta, transmitan fórmulas elaboradas de resolución de problemas o, menos aún, la solución directa de los mismos. Al contrario, la función del terapeuta es la de facilitar la reorganización autónoma del sistema a partir de sus propios recursos, potenciados por la interacción específica, propia de la psicoterapia.

La persona o sistema epistemológico que está en crisis intenta, como hemos visto, por sí misma o con la ayuda de iguales, reestructurarse; pero no siempre lo

consigue, y esto por dos razones: a) porque aplica las mismas operaciones o criterios de siempre, “no hace más que dar vueltas”, o b) porque recibe de familiares y amigos puntos de vista que no son suyos, que pretenden sustituir un sistema epistemológico propio por otro ajeno, con lo cual se genera una resistencia al cambio.

Una intervención psicoterapéutica adecuada viene representada en la figura 1 por el Cuadro C. Éste representa un sistema terapéutico, idealmente vacío de contenido, para posibilitar la recepción del sistema del paciente por parte del terapeuta y la sucesiva interacción dialógica. De esta forma el terapeuta (agente social externo) a partir de la reproducción comprensiva de la estructura del sistema del paciente y, utilizando sus propios términos, se convierte en agente del diálogo interno (proceso de interiorización), facilitando el proceso de cambio o de reestructuración autoorganizativa, a través de la exploración de la estructura actual del sistema y de sus posibilidades evolutivas.

Para que esta interacción pueda considerarse exitosa se requieren tres condiciones previas al inicio de la psicoterapia, que con frecuencia forman parte ya de las tareas específicas del análisis de la demanda. Estas condiciones previas son: predisposición, motivación y colaboración.

a) **Predisposición:** Para que se produzca una demanda de ayuda tiene que darse, como queda dicho más arriba, una conciencia de crisis o una necesidad vivida como tal. Sólo esta circunstancia permite desarrollar en el ánimo aquella predisposición que Platón denominaba *paraskhesis* y que podría traducirse como aceptación de la ayuda o apertura del propio sistema a la influencia de un agente exterior. Este agente, de acuerdo con algunos autores, deberá ser percibido como un validador de confianza (Semerari 1991).

b) **Motivación:** La actitud del paciente debe implicar un deseo de superación del sufrimiento y de la necesidad de introducir cambios con esta finalidad en su vida. El sufrimiento, como han puesto de relieve diversos pensadores, entre los cuales Buda ya varios siglos antes de Cristo, es el motor del cambio. La finalidad de la psicoterapia no es evitar el sufrimiento, sino aliarse con él para promover el cambio. Perls señalaba agudamente que los neuróticos eran aquellos que sufrían por evitar el sufrimiento. Como tal el sufrimiento es experiencia de lo real que es lo contrario de la ansiedad, anticipación de la experiencia o experimentación fantaseada de lo que tiene que venir, para lo cual cualquier acción, excepto la evitación, resulta ineficaz. Como observa Maturana (1996) “si no hay sufrimiento no hay deseo de cambio”. De este modo puede decirse que el sufrimiento es el aliado inseparable de la terapia, lo contrario del dolor, que sitúa al paciente en una actitud pasiva, y del resentimiento que lo sitúa en una posición vengativa.

Generalmente el paciente acude a terapia en un estado de confusión y desespero. Aunque la falta de moral o confianza constituye frecuentemente un obstáculo para el trabajo terapéutico, uno de los efectos más inmediatos y universales de todas las terapias (Frank, 1990) suele ser el de la moralización, que se

consigue habitualmente con la sola acogida de la demanda de ayuda y su evaluación por parte de un terapeuta. Conviene aprovechar esta reacción favorable para promover la tercera condición, la de colaboración, que tratamos a continuación.

c) **Colaboración:** La psicoterapia es una intervención de ayuda que exige, más que ninguna otra, la colaboración del paciente, puesto que está orientada a restituir precisamente la autonomía epistemológica del sistema. Con frecuencia los pacientes están dispuestos a colaborar, pero de una forma pasiva, es decir a hacer lo que se les mande con la fantasía mágica de que eso les curará. Algunas técnicas terapéuticas por su intrínseca directividad refuerzan esta postura (véase Mariscal, este mismo número), y aunque pueden ser útiles a corto plazo, se vuelven ineficaces si lo único que consiguen es que el paciente “haga los deberes”.

Una página brillantemente escrita por Rollo May (1972), a partir de su propia experiencia con la enfermedad, en este caso la tuberculosis, constituye un buen exponente de esta actitud.

*“Intenté hacer lo que los médicos me indicaron que hiciera, descansar y dejar mi curación en manos de los demás. Lo único que podía hacer era mirar las figuras que la luz dibujaba en el techo de mi habitación... Pero para mi desconsuelo descubrí que los bacilos se estaban aprovechando de mi inocencia, que había transformado mi desvalimiento en pasividad.... Mientras no llegué a presentar algún tipo de batalla, a desarrollar un cierto sentido de responsabilidad personal por el hecho de que era yo quien tenía la tuberculosis, a hacer valer mi propia voluntad de vivir, no empecé a hacer verdaderos progresos. Aprendí que la curación es un proceso activo en el que era necesario que yo mismo participara”.*

No todos los pacientes se hallan en condiciones de dar algún tipo de respuesta colaborativa, particularmente en el caso de los niños pequeños y de los psicóticos, o de personas que se hallan bajo el efecto inmediato de un estrés traumático, de ingesta de drogas o de un trastorno emocional muy intenso; pero aun en estos casos es posible buscar la colaboración del sistema familiar o de las redes de apoyo social, o incluso del mismo sujeto, poniendo en marcha otras formas de intervención que ayuden a sentar eventualmente las bases para una psicoterapia futura.

La actitud colaborativa es la que permite llevar a cabo el tipo de interacción psicológica que llamamos “psicoterapia”, a la que hemos definido en otra parte (Villegas, 1990) como “colaboración profesional de ayuda en el proceso de cambio y resolución de problemas psicológicos”, distinguiéndola, así, de otro tipo de intervenciones psicológicas o psiquiátricas en el ámbito clínico, que no exigen la colaboración del sujeto. Se trata, como dicen Frank (1973) o Goldstein (1980), de una interacción unilateral, centrada en el cliente, en la que los problemas personales o los asuntos privados del terapeuta son voluntariamente dejados fuera (lo que no significa que no puedan estar influyendo de algún modo). Esta dirección unilateral es la que la otorga su carácter *profesional*. Pero a la vez, requiere la colaboración

del paciente, puesto que la finalidad de la psicoterapia es activar la posibilidad de desarrollo de la persona, a partir de sus propios recursos; es decir, volviendo a los orígenes etimológicos de la palabra *psico-terapia*, facilitar “la curación de la psique por la psique” (la curación de la psique con los recursos de la propia psique del paciente, no con los de la psique del terapeuta, como se suponía en el magnetismo de Mesmer); proceso en el que, como queda dicho, el psicoterapeuta no es más que un agente social externo especializado.

En realidad se trata de activar las fuerzas o posibilidades de cambio presentes en la estructura del sistema epistemológico de la persona. Devolver el poder a las personas (May, 1972; Rogers, 1977) a través del trabajo psicoterapéutico es el fruto de una colaboración profesional (Egan, 1986), donde el experto es o debería llegar a ser el propio cliente. Esta transformación no es producto, sin embargo, de una influencia mágica, sino de una conversión del propio sufrimiento en una ocasión de cambio; proceso en el que terapeuta y cliente colaboran a través de la interacción que se instaura a partir de la demanda de ayuda.

## **II.- LA DIMENSIÓN DISCURSIVO PRAGMÁTICA EN LA DEMANDA DE AYUDA**

La solicitud de ayuda se reviste inevitablemente de alguna formulación verbal, cuya comprensión remite necesariamente a su dimensión discursivo-pragmática. Es decir, al tipo de representación mental de la situación de demanda de ayuda, que se configura detrás de las formulaciones con que ésta viene solicitada. ¿Se espera que el terapeuta tome la iniciativa; que adivine el origen de los problemas y los soluciones; que no haga más que confirmar las opiniones del propio paciente; que le dé la razón aliándose en contra de otros; que satisfaga sus necesidades afectivas; que le ayude a aclarar su ideas; que le demuestre que nadie puede hacer nada para curarlo; que le escuche, le acepte, le comprenda y le sostenga; que refuerce su personalidad; que le trasmita la energía y la motivación que le hacen falta; que consiga que cambie su madre o que el marido le corresponda amorosamente?

La lista de suposiciones pragmáticas podría ser interminable, distinta para cada caso. En este apartado buscaremos, sin embargo, algunas modalidades o tipologías de demanda de ayuda que por su carácter más bien formal o estructural puedan abarcar categorialmente la mayor parte de la casuística posible. Toca al lector, si lo desea, identificar las demandas concretas con las categorías que aquí se proponen, así como pensar otras posibles categorías que no hayamos descrito o ni siquiera se nos hayan ocurrido. Este es un primer esbozo, sin pretensión de exhaustividad, cuya justificación radica solamente en la posible utilidad que pueda tener para la mejor comprensión del quehacer terapéutico.

El análisis de las intenciones implicadas en las fórmulas cómo se enuncia la demanda de ayuda es una tarea de interpretación discursiva, que hace referencia particularmente a la dimensión pragmática del lenguaje. A través de la dimensión



pragmática del lenguaje las personas interactúan de forma muy intensa, implicándose unas a otras en sus estados cognitivos, afectivos y operativos, según los contextos en que los discursos vienen producidos, hasta el punto que los individuos implicados pragmáticamente no pueden eludir tal interacción. Comprender pragmáticamente los discursos significa explicitarlos, atendiendo particularmente a su contexto de producción: es decir, atendiendo a *quién dice qué a quién en qué momento y con qué finalidad*. La expresión

- “*¿cuánto pesa esta maleta!*”,

pronunciada ante una tercera persona en el compartimiento de un vagón del tren puede significar

- “*¿por qué no me ayuda a subir o bajar la maleta (al/del portaequipajes)?*”

Pero la misma expresión, dirigida por el adolescente que se va de campamentos a la madre que le ha preparado la maleta o la mochila puede significar:

- “*¿Por qué me has puesto tanta ropa en la maleta, si con la mitad tengo bastante?*”.

La adecuación de la respuesta pragmática guarda muy poca relación con la cohesión lexical, hasta el punto que pregunta y respuesta pueden parecer dos frases inconexas, sin ningún tipo de cohesión lexical:

- “*¿Cuánto tiempo me queda?*”

- “*¡Tranquilo!*”

es la transcripción literal de la interacción verbal entre un ponente y el presidente de la mesa en un Simposium celebrado recientemente en el marco de un Congreso. Está claro que el par adyacente, constituido por pregunta y respuesta, no son inteligibles si no se comparte el mismo contexto de producción. La respuesta:

- “*¡Tranquilo!*”

no responde a la pregunta.

- “*¿Cuánto tiempo me queda?*”

De hecho en el caso concreto, dado que ponente (norteamericano) y presidente (español) no compartían los mismos valores respecto al tiempo, se produjo una falta de comunicación, con la subsiguiente necesidad de negociar en términos de tiempo objetivo (reloj) no subjetivo (actitud interna) el significado de la respuesta (5 minutos, 3 minutos, etc.).

La interacción conversacional implica muchas veces una solicitud pragmática de ayuda, que si no se comprende frustra la comunicación:

- “*¡Dios mío, cómo llueve!*”

- “*No te preocupes, puedo acompañarte en coche*”

La coherencia de ambas frases se puede entender sólo en su contexto pragmático, donde el emisor hace esta observación ante un destinatario que conoce sus necesidades, y puede y quiere satisfacerlas; no a nivel enunciativo, donde una intervención coherente sería del tipo:

- “*Sí, desde luego, es un auténtico diluvio*”

Responder a los contenidos implícitos de las expresiones pragmáticas es, desde luego, un ejercicio de interpretación, cuyas probabilidades de éxito no siempre están garantizadas. Ello depende en gran parte del conocimiento que los interlocutores tienen el uno del otro, y de la medida en que comparten el mismo contexto de producción, tanto desde el punto de vista cultural como interpersonal.

Explicitar la dimensión pragmática de los discursos es un proceso de negociación del significado; en el caso de la psicoterapia, de negociación con el paciente. Por ejemplo, la frase con que muchos pacientes dan inicio a su primer contacto con el terapeuta - “*no sé lo que me pasa*”,

desde el punto de vista de la enunciación es una expresión que implica una negación del “saber” por parte del sujeto que emite la demanda y a la vez una afirmación de que “algo pasa”. Pragmáticamente esta frase, pronunciada delante del terapeuta, es una solicitud de ayuda que podría reformularse de forma más explícita de este modo:

- “*Ayúdeme, usted que es especialista (psicólogo), a saber lo que me pasa y por qué me pasa y qué puedo o se puede hacer al respecto*”.

La dimensión pragmática otorga al lenguaje una complejidad tal -gracias a su enorme capacidad de sintetizar los contextos-, que no permite una lectura literal de los enunciados, dado que ésta sería totalmente inadecuada. Por ejemplo, a una comprensión literal, en la que sólo se toma en cuenta el valor enunciativo de la frase “*no sé lo que me pasa*”, le correspondería una respuesta del tipo:

- “*si usted no lo sabe, ¿cómo quiere que lo sepa yo?*”.

Tampoco sería aceptable, por elemental, una respuesta del tipo reflejo:

- “*¿Así, usted no sabe lo que le pasa?*”.

Ni siquiera sería adecuada una respuesta, por evidente, que pusiera de manifiesto el significado implícito inmediato:

- “*Así, usted no sabe lo que le pasa y viene a mí para ver si puedo ayudarle a saber lo que le pasa*”,

o sus equivalentes:

- “*No se preocupe, lo averiguaremos entre los dos*”,

o bien

- “*En estos momentos usted se siente confuso y ha decidido sabiamente buscar una ayuda profesional*”.

La comprensión pragmática requiere siempre dar un paso más, ir más allá de la obviedad de la frase. Por ejemplo:

- “*y..., ¿desde cuándo se encuentra, usted, así (en este estado de confusión)?*”,

supone que el destinatario ya ha entendido (da por sentado) la solicitud (de ayudar al paciente a saber lo que le pasa), implícita en la expresión “*no sé lo que me pasa*”, dando origen al inicio de una ayuda efectiva, por ejemplo, focalizando la atención sobre el aspecto temporal: “*¿desde cuándo?*”. Esto permitirá al paciente ampliar su

discurso, saliendo del contexto pragmático, limitado a la interacción del momento, y, en consecuencia, aumentar su comprensión (empezará a darse cuenta de que, en realidad, sabe muchas cosas). La focalización sobre el aspecto temporal “¿desde cuándo?” constituye desde el punto de vista pragmático la solicitud de “nueva información”, mientras que el adverbio modal “así” es una forma concisa de redundancia, de mantenimiento de la “información dada”, a través de la cual la intervención del terapeuta guarda la coherencia con la del paciente.

La cuestión de la adecuación pragmática de la respuesta a la demanda es fundamental en la interacción terapéutica por dos razones: a) porque es un indicador inmediato de la competencia o incompetencia social del terapeuta; b) porque es, así mismo, un indicador muy claro de la capacidad de comprensión empática del terapeuta. El primer criterio es condición necesaria para que el paciente juzgue a su terapeuta como persona autorizada o agente social de cambio, competente, (Semerari, 1991) de quien poder fiarse *profesionalmente*. El segundo, para poder establecer una alianza de trabajo, puesto que con un terapeuta empático es mucho más fácil entenderse *personalmente*. No puede olvidarse que, al fin y al cabo, la psicoterapia es un caso especial de interacción, que Strong (1968) ha descrito como proceso de influencia interpersonal y Goldstein (1980), social.

Si nos preguntamos de qué maneras, en concreto, intentan los pacientes con su demanda influir sobre el terapeuta, particularmente al inicio de la psicoterapia, cuando no se han definido todavía de una forma clara los términos del contrato y de la alianza terapéutica, podemos encontrarnos con una variedad de situaciones que permiten esbozar unos criterios de clasificación, que tal vez puedan resultar útiles a los propósitos de un análisis de la demanda. Para establecer esta clasificación hemos utilizado básicamente dos parámetros, relativos, el primero, al origen o procedencia de la demanda que puede ser *propia*, la del sujeto que la presenta, o *ajena*, la de una tercera persona que la emite a través del demandante. Por demandante se entiende aquella persona que se presenta físicamente ante el terapeuta o contacta con él por teléfono o cualquier otro medio para solicitar una prestación profesional de ayuda. El segundo, criterio se refiere al objetivo o finalidad que pretende el demandante y en la que intenta involucrar al terapeuta, tal como se recoge en el gráfico 4.

Aunque en principio esa clasificación presupone que las categorías son mutuamente excluyentes, las formas con las que los pacientes plantean sus demandas no siempre son tan claras, sobre todo respecto a la procedencia de las mismas. Con frecuencia, en efecto, se mezclan las iniciativas, propias y ajenas, como en el caso siguiente, dando lugar a un tipo de demanda que se considera derivada, que suele ser la más frecuente:

*“He venido aquí porque me he dado cuenta de que era algo anórexica. Aunque no había tomado conciencia de ello, en realidad lo sabía desde hacía mucho tiempo. He continuado así durante años, aunque ha habido*

Gráfico 4

**MODALIDADES PRAGMATICAS DE DEMANDA TERAPÉUTICA**

<b>MODALIDADES</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>OBJETIVO</b>
No-demanda	ajena	hacer callar a un tercero
Confirmatoria	propia	asegurarse de los propios criterios o decisiones
Mágica	propia	curar una enfermedad o solucionar un problema fiándose de los poderes autoridad o prestigio del terapeuta
Sintomática	propia	curar una enfermedad somática o psicossomática evitando cualquier cambio o confrontación interna
Inespecífica	propia	buscar apoyo y orientación para entender y hacer frente a los propios problemas
Específica	propia	solucionar problemas psicológicos previamente identificados
Perversa	propia	satisfacer de forma directa necesidades propias de apego, sexo o dominancia
Vicaria	propia	provocar la implicación de una tercera persona en la terapia
Delegada	ajena	sacarse un paciente problemático de encima para pasárselo a otro colega
Colusiva	propia	perjudicar a un tercero por diagnóstico o tratamiento

*momentos en que veía que estaba cayendo poco a poco en la anorexia. Pero en general siempre se tiende a tapar algunas cosas y a decir que no es un problema. Prácticamente he continuado así durante años hasta más o menos el mes de abril de este año, cuando he empezado a sentirme mal físicamente. He llegado a pesar 46 kilos y me encontraba muy mal físicamente. No me he privado nunca completamente de comer, en el sentido de que no he vomitado nunca, ni me he abstenido totalmente de la comida. Pero comía muy poco; contaba como una loca las calorías; nada de dulces ni de pasta durante años. Comía solamente las cosas que me parecía que no engordaban. El problema es que a partir de un determinado*

*momento aun comiendo, entre comillas, adelgazaba. Llegada a este punto me he dado cuenta de que no asimilaba ya la comida y de que tenía una serie de problemas a nivel físico. Me encontraba muy débil y anémica. Mi médico me ha mandado prácticamente aquí y la doctora me ha abierto los ojos en el sentido que me ha dicho que era un poco anoréxica.”*

En general, podemos concluir que una demanda se considera derivada, si no se hubiera producido caso de no mediar la intervención de alguna otra persona, distinta del demandante (por ejemplo médico, familia, consorte, amistad, institución, etc.). Sin embargo, esto no es óbice para que la demanda pueda llegar a hacerse en nombre propio, dado que el demandante se ha dirigido ya anteriormente con su demanda a alguno de los derivantes más próximos. Según este criterio restrictivo hemos considerado *ajena*, aquella demanda que se produce exclusivamente por indicación de un tercero; *propia*, aquella que es producto de una decisión del sujeto demandante, aunque pueda llegar a hacerlo por recomendación de un tercero

### **La no-demanda**

Empezaremos, precisamente, por considerar un tipo de demanda que consiste en pedir al terapeuta que no haga nada, que no intervenga en ningún modo; por eso la hemos llamado la no-demanda. Un caso paradigmático puede constituirlo el de una señora de unos 58 años que acude al psicoterapeuta, solicitada por los requerimientos de su hija, estudiante de psicología. La mujer empieza su discurso, después de los saludos de rigor, con estas palabras:

*“Yo ya sé lo que tendría que hacer; ya me lo dice mi hija: ‘mamá, ¿por qué no te separas de papá?’”.*

Sigue a este exordio categórico un largo discurso donde la señora explica todos los sufrimientos y sacrificios que ha tenido que hacer por el marido y la familia y los maltratos que ha tenido que soportar. Lo mucho que todos le deben y lo imprescindible que resulta para la buena marcha de la casa y lo absurdo que sería romper la unidad familiar, puesto que toda su vida habría sido un fracaso. Ya casi en el límite del tiempo de la sesión, el terapeuta interviene por primera y última vez para decir:

T. *“Si he entendido bien, señora, usted tiene problemas con su marido, no se siente reconocida ni recompensada por él, ni siquiera bien tratada; ni tampoco por sus hijos como debiera. Sin embargo usted se ha sacrificado toda la vida por el bienestar de su familia, y ahora no tendría sentido querer cambiar el rumbo de las cosas; usted viviría cualquier ruptura como un fracaso. Por ello creo que el resistirse a destruir este matrimonio es una postura coherente que obedece a sus sentimientos más profundos, aunque su hija no esté de acuerdo”.*

P. *“Exacto”*

T. *“En este caso, señora, vaya usted con Dios. Y si en alguna otra ocasión*

*desea venir a comentar cualquier otra cosa, ya sabe, será bienvenida.*

La pregunta espontánea que surge ante situaciones como la presente es relativa a la utilidad de tales visitas al psicólogo. ¿Qué es, desde el punto de vista pragmático, lo que la señora espera del psicoterapeuta? En realidad, nada. Ella empieza anteponiendo de forma muy clara que “*ya sabe*”, en contraposición a los que dicen que “*no saben*”, no sólo lo que le pasa, sino lo que “*tendría que hacer*”. Pero lo que tendría que hacer no es lo que hará, puesto que este condicional no responde a su criterio, sino al de la hija. Separarse evitaría, sin duda, muchos problemas y disgustos, pero equivaldría, a su vez, a un fracaso, al fracaso de toda una vida.

Entonces ¿por qué esta persona acude al psicólogo? Porque se lo ha pedido su hija, para contentarla y hacerla callar. Ni siquiera utiliza la visita al psicólogo para confirmar su punto de vista, puesto que desde el primer momento ya no manifiesta ninguna duda, ni deseo de cambio, nisiquiera plantea una demanda de ayuda. Si el psicólogo le apoya y está de acuerdo con ella, mejor; podrá decirle a la hija que le han dado la razón. Si no, da igual: al fin y al cabo

*“usted cree que eso de la psicología sirve para algo?”*

Otras veces el pensamiento mágico sirve de coartada a una solicitud de terapia, poniendo al terapeuta en la imposibilidad de acoger una demanda que, de entrada, viene negada.

*“En realidad no sé muy bien por qué he venido. Cada vez veo más claro que lo mío no tiene remedio. De hecho una maldición me persigue. Soy hijo de madre soltera y de padre alcohólico; mi madre murió internada en un sanatorio psiquiátrico y con ello se cumplió el “mal de ojo” que le había echado mi abuela. Este pecado lo tiene que pagar el que lo comete y su descendencia. Por fortuna yo no tengo hijos y no creo que los vaya a tener nunca. La maldición se acabará conmigo. Además no voy bien de dinero y no me puedo permitir gastármelo en la terapia”.*

### **La demanda confirmatoria**

Este tipo de demanda se parece a la anterior, en el sentido de que el paciente va a salir de la terapia igual que ha entrado, es decir sin ningún cambio, pero, contrariamente a la anterior, va a utilizar al terapeuta para convencerse a sí mismo de lo acertado de su posición. Querrá debatirla con él, valorar los pros y contras, contemplar la posibilidad de otras alternativas, para finalmente decidir quedarse donde estaba, que ya estaba bien. Por eso la demanda confirmatoria da lugar, en general, a procesos de terapia más largos, incluso de varios meses, contrariamente a lo que sucede con la no-demanda que, por definición no dura más de una sesión.

Se podría argüir que en la mayoría de terapias sucede esto, es decir que no se producen cambios espectaculares, que las personas buscan funcionar mejor sin modificar sus estructuras, que la finalidad incluso de la terapia, como decía Rogers, tomando la expresión de Buber (1948), es la de confirmar la persona del otro. De

acuerdo. Pero lo que determina que la demanda pueda ser considerada *confirmatoria* es que desde el inicio, ya en su enunciación, se preanuncia el final, es decir no se deja espacio para el desarrollo, para el cambio imprevisto. Entonces ¿por qué se acude al psicólogo? Para utilizarlo, si se nos permite la expresión, de “*sparrring*”.

Mónica es una mujer casada, madre de tres hijos, dos años mayor que su marido. En el momento de la primera consulta tiene 38 años. Es una mujer atractiva y como dice ella “*da la impresión de comerse el mundo*”. Describe su caso como un problema con la pareja. El marido sólo vive para el sexo, con ella o con otras mujeres. Viene a casa a cenar y pregunta si habrá “sarao”. Si la respuesta es que no, él se marcha y no vuelve hasta el amanecer.

*“Me acuesto sola y me levanto con un borracho en la cama, que ronca a mi lado y huele a alcohol”.*

A ella ya no le apetece la actividad sexual como antes. Se ha cansado de sentirse utilizada por el marido, pero le tolera todas las juergas fuera de casa, así como su comportamiento totalmente infantil e irresponsable: lleva una vida de “soltero”. Aunque Mónica nació, según sus palabras, “para casarse y ser madre”, gran parte de su actividad la dedica a dirigir, de forma muy eficiente, por cierto, los negocios del marido que se desentiende totalmente de ellos y se queda a dormir en la cama hasta la hora de comer; luego por la tarde sale con los amigos y por la noche, si no hay función en casa, pues de juerga. Sin embargo ella está segura de que él no es feliz; de que sólo puede serlo con ella y de que “volverá”, de que “será un buen padre y esposo”. Para ello tiene un plan, trasladarse a Miami, donde tienen casa y negocios, también:

*“Allí la gente no sale por la noche; no tendrá la influencia de los amigos. Allí los hombres no salen solos. Sus mujeres no les dejarían. Yo sé que él no es nadie; que se deja influir como un niño. Si estamos solos se porta bien; es amable y simpático y se deja querer. Hasta puede llegar a ser un buen padre y esposo”*

La terapia se protrae durante un trimestre, aproximadamente, hasta las vacaciones de Navidad en que la familia, finalmente se traslada a Miami. Durante estos meses se valoran las opciones alternativas: separación, terapia de pareja, resituación de Mónica en el seno de la pareja haciendo valer su dominio real de la mayoría de los ámbitos: negocios, hijos, casa, etc. ¡Nada!. La decisión estaba ya tomada antes del inicio de la terapia:

*“Estados Unidos es la última posibilidad de salvación de la pareja. Si no funciona, yo me iré.”*

Al cabo de medio año, al inicio del período veraniego, Mónica está en España: ha vuelto por unos meses para seguir de cerca la marcha de los negocios, ver a su familia de origen, solucionar cuestiones de adaptación de los planes de estudios de los hijos, visitar algún médico, encontrar algunas amistades. El marido se ha quedado en Miami: se porta muy bien; hace de padre de los hijos, les acompaña en

coche al colegio; es un esposo atento y ejemplar; no sale de juerga; es fiel sexualmente. Ella vuelve a tener apetencia sexual. Llama al psicólogo: está muy contenta y agradecida. La terapia funcionó: ella tenía razón, Miami era la solución. El psicólogo le sirvió de *sparring*.

### **La demanda mágica**

El estado de debilidad y confusión en que se encuentra el ser humano, particularmente en los inicios de la experiencia de una crisis psicológica, conlleva con frecuencia una regresión a los esquemas más primitivos de pensamiento y de reacción emocional. No es extraño, por tanto, que los pacientes se vean tentados de buscar soluciones mágicas, imaginando que sus problemas pueden desaparecer por la acción del terapeuta, sin que ellos tengan que hacer nada por enfrentarlos. Muchos, escribe a propósito de su proceso terapéutico Fabiola De Clercq (1995), una ex-paciente, anoréxica durante veinte años,

*“no tienen ni idea de lo que pueden encontrar en el trabajo psicoterapéutico: la palabra misma les evoca la fantasía de una curación en poco tiempo, como si se tratase de una fisioterapia que restablece el funcionamiento de una articulación afectada por un traumatismo... La curación se concibe como la desaparición de un mal, en lugar de una serie larga y lenta de cambios, a veces imperceptibles, de las propias actitudes hacia las dificultades, madurando una capacidad cada vez distinta para afrontarlas”.*

Algunas películas han difundido la idea de que existen métodos casi milagrosos como la hipnosis, los productos homeopáticos, las esencias florales o las recetas de herbolario chino capaces de descubrir y liberar de los traumatismos psíquicos, las represiones infantiles o de infundir la energía y la capacidad de decisión de que carece el sujeto. Así, no es extraño el caso del paciente que sugiere trabajar bajo hipnosis, o pregunta la opinión del terapeuta respecto a los efectos de los tratamientos florales. Aunque algo excepcional, también se da el caso del paciente que llega a pedir una imposición de manos al terapeuta. Otros, incluso terapeutas, mezclan el horóscopo y el Tarot con la psicoterapia. La mayoría de quienes buscan intervenciones milagrosas de este tipo, sin embargo, habitualmente ya seleccionan los destinatarios adecuados para esta clase de demandas: magos, adivinos, curanderos, etc.

Si bien de una forma no tan explícita, el carácter pasivo de las demandas de los “pacientes” ante la psicoterapia encierra, con frecuencia, expectativas mágicas y posiciones crédulas ya en su enunciado, como puede verse en la transcripción del siguiente diálogo:

*T.- ¿Qué te ha parecido el cuestionario?*

*P.- Bien, me he sentido muy identificado con algunas afirmaciones*

*T.- ¿Cómo te has sentido al rellenar el cuestionario?*

*P.- Yo lo he hecho para ti, para que me digas lo que tengo y lo que no tengo*



*que hacer, para que me cures. Yo tengo mucha fe en ti y en que me cures.*

Cabe señalar que después de esta sesión el paciente dio por interrumpida la terapia ante la reacción de la psicoterapeuta, negando los poderes casi sobrenaturales que la fantasía de aquél le atribuía.

No es infrecuente el caso de los pacientes que se acercan al terapeuta, sobre todo derivados por amigos, conocidos, antiguos pacientes u otros profesionales, atribuyéndole una aureola de probada eficacia y honestidad. Tales situaciones son muy lisonjeras, pero conviene no caer en la trampa de la vanidad, puesto que ésta podría ser la causa de posteriores fracasos.

*P.- “He venido a usted porque me han dicho que es muy buen terapeuta. Me lo han recomendado dos amigas mías que se trataron con usted y les fue muy bien. Así que, aquí me tiene”.*

*T.- “Usted y sus amigas son muy amables en tener esta consideración a mi respecto; pero, desde luego, si ellas han sacado provecho del trabajo terapéutico que hicieron fue por el alto grado de implicación personal que asumieron en todo este proceso. Supongo que ya le habrán explicado que, en general, es un proceso que requiere tiempo y esfuerzo personal.”*

Igualmente una actitud excesivamente optimista y adivinatoria por parte del terapeuta puede alimentar falsas expectativas respecto a los poderes de la terapia o del terapeuta, favoreciendo la posición mágica. Considérese, por ejemplo, el diálogo siguiente entre la paciente, María, una chica de 26 años poco atractiva y con una notable deformación en la espalda, y el psicólogo, un hombre muy mayor que practica además la hipnosis y el quiromasaje. Para compensar sus déficits físicos la paciente ha acumulado una gran cantidad de conocimientos enciclopédicos.

*T.- Usted es muy culta, ha estudiado, ha leído mucho*

*P.- Usted es psicólogo, adivínelo*

*T.- Bueno, me lo han dicho sus padres, que usted se considera una enferma a causa de esta deformación en la columna vertebral que le obliga a caminar inclinada hacia delante y que tal vez le da un complejo de inferioridad.*

*P.- Sí, desde luego; esto me hace sufrir. Y además está la incomprensión de mis padres para conmigo.*

*T.- Todo ello le ha hecho sentir fuertes sentimientos de frustración y humillación. Habrá sufrido mucho con la idea de que todos la rechazan, ¿no es cierto? De ahí la rebelión.*

*P.- Desde luego. He pensado incluso en suicidarme.*

*T.- Claro; usted no siente que pueda vivir sin el aprecio y afecto de los demás, porque esto le quita cualquier tipo de seguridad; se siente terriblemente aislada y quiere quedarse sola con sus únicos amigos, los libros.*

*P.- Desde luego; así es.*

*T.- Por tanto, imagino que desde entonces, para compensar, ha nacido en*

*usted el deseo de saber, de aumentar sus conocimientos y ha empezado a estudiar con ahínco. Es casi un deseo de revancha o venganza ¿no es cierto? Ha apretado los codos y se ha forzado hasta quedar exhausta.*

*P.- Sí; he pensado a veces así: si me muero será por culpa de ellos.*

*T.- Convertirse en una intelectual y demostrar así su superioridad que compensara los defectos que creía tener, aunque inconscientemente deseaba matarse con tanto esfuerzo para castigar a sus padres y a la gente que la veía extraña ¿no es cierto?*

*P.- Usted parece un adivino.*

*T.- Bien, ahora tranquilícese; verá cómo todo cambiará.*

Aunque no cabe duda que a través del diálogo el psicólogo se esfuerza en captar a la paciente, queda claro que el primero la toma en todo momento la delantera a la segunda, jugando al juego de *adivino* que ella le ha propuesto al principio. Utilizando la información previa, facilitada por la familia, de que dispone, el psicólogo se mantiene siempre en una actitud activa e interpretativa que no da lugar a que la paciente tome en ningún momento la iniciativa; debe contentarse con mostrar su acuerdo con el terapeuta y a dejarse sugestionar por éste, el cual lo sabe todo, incluso lo que pasará en el futuro: “*verá cómo todo cambiará*”.

### **La demanda sintomática**

La demanda sintomática, como bien indica su nombre, se centra sobre síntomas que pueden tomar diversas manifestaciones: afecciones orgánicas de distinta índole, trastornos neurovegetativos, reacciones de ansiedad, etc. Algunos de estos síntomas son definidos como somáticos o psicósomáticos, otros como psiquiátricos o psicológicos.

Respecto a los trastornos psicósomáticos se puede decir que, en general, el paciente no los relaciona, en ningún modo, con una problemática de tipo psicológico. Sólo después de la consulta con varios médicos, los ingresos de urgencias, el reenvío a varios especialistas, una serie de análisis y pruebas de resultado negativo se llega a un diagnóstico definitivo: el enfermo no tiene nada; todo lo que le pasa es de tipo psicológico.

La variedad de problemáticas somáticas y psicósomáticas que pueden reducirse a este diagnóstico es casi infinito: enfermedades del aparato digestivo, respiratorio, sistema nervioso, sistema hormonal, afecciones de la piel, etc. La mayoría de tales pacientes que llegan a terapia derivados por el especialista con este diagnóstico tienen todos algo en común: vienen porque se lo ha dicho el médico, pero no se lo creen. El éxito con tales pacientes depende en gran parte del modo cómo el médico haga la derivación.

Un paciente, operado de una llaga en el estómago, fue derivado al psicólogo durante el postoperatorio por el cirujano, que le acababa de operar, con estas palabras:

*“Esta llaga que le hemos operado, se le ha producido a usted recientemente. Las características del tejido que se le ha tenido que sacar demuestra que no tiene más de un año. La llaga es limpia, no degenerativa. Ahora ha quedado bien y no tiene por qué reproducirse. Pero si usted no considera qué problemas le han llevado a desarrollar esta úlcera e intenta ponerles remedio, es muy probable que vuelva a reproducirse. Nosotros le podremos operar una y otra vez, pero llegará un momento en que ya no quedará por dónde cortar. De modo, que si quiere un consejo, hágaselo mirar”.*

El paciente llamó al psicoterapeuta desde el mismo hospital; a las pocas semanas iniciaba un terapia que siguió con notable provecho, donde se abordaron, entre otros, problemas familiares y profesionales que desembocaron en cambios significativos, que aún perduran.

Conviene llamar la atención aquí sobre la existencia de una casuística inversa: es decir, la de síntomas que son tratados como psicológicos, y que, sin embargo, son de origen orgánico (cfr. en este mismo número el artículo de G. Jervis). Aunque no son tan frecuentes como el caso contrario hay que estar muy atento a estos positivos falsos por el peligro de enmascaramiento que presentan: impotencias sexuales que responden a déficits hemodinámicos; cefalgias que no disminuyen con aspirinas ni con técnicas de relajación, sino que son provocadas por tumores cerebrales; arritmias cardíacas que no traducen estados de ansiedad, sino que son producto de problemas estructurales en el pericardio; y un largo etcétera. Aunque el psicólogo no tenga los recursos para diagnosticar tales trastornos la técnica de contextualizar la aparición de los síntomas puede, al menos, ayudar a levantar sospechas sobre su origen. Una paciente con una conjuntivitis alérgica, resistente a todos los tratamientos, descubrió, gracias a la contextualización, el agente alérgico que no era otro que el champú que usaba habitualmente. En los casos de duda o de sospecha el psicólogo o psicoterapeuta hará bien en insistir en la necesidad de consultar a otros especialistas médicos, y, en general en diferenciar claramente lo que puede ser objeto de tratamiento psicológico o psicoterapéutico de lo que no lo es.

Hay otros pacientes que presentan, en cambio, síntomas claramente psicológicos o psiquiátricos, como fobias, crisis de angustia, ataques de pánico, depresiones, etc. Estos están generalmente más próximos a conceptualizar su problemática como psicológica o psiquiátrica, dado que, por lo general han sido visitados por un psiquiatra de urgencias o están siendo habitualmente tratados por él, y están tomando ansiolíticos u otros psicofármacos. En general se puede decir que la inmensa mayoría de ellos se lo creen, pero no lo entienden.

*“Bueno, soy una persona que me trato con medicamentos contra la depresión, esto ya hace años. La primera depresión fuerte la tuve a los 17 años y, desde entonces, con intermitencias, sobre todo en primavera, ha habido años que no la he tomado. Pero a raíz de esta primavera sigo con altibajos diarios. La explicación del psiquiatra, en la que creo bastante, es*

*que había mal tiempo... ¿sabes que hubo un mes y medio que hizo un tiempo super asqueroso?... Yo a este psiquiatra ya hace tiempo que no iba, pero cada primavera le llamo por teléfono y me da la medicación... Ahora estoy ligeramente perturbado.. De las tres crisis importantes, la actual es la que menos. La primera fue, como te he dicho a los 17 años. La segunda a los 19, cuando la chica con la que salía desde los 17 me dijo de dejarlo y tal. Entonces, volviendo desde el almacén donde fui a verla y tal, tuve la idea de pegarme un tiro. Fue en aquellos momentos que me asusté. Llegué a casa llorando y le dije a mi madre “mañana pide hora para el doctor, el que atiende de esto... A mí todo esto me llevó al psiquiatra... A base de leer llego a la conclusión de que esto no es sólo biológico. Yo estoy convencido de que puede haber algo fisiológico, pero se ve que está aumentado muchísimo por mi estado psicológico. Esto es un convencimiento que tengo yo, y estoy seguro de que hay algo biológico, pero si tuviera, no otro carácter, sino otra manera de digerir las cosas... Por esto me gustaría saber por qué pienso lo que pienso, saber por qué me vienen estos estados, saber cómo parar estos estados y saber distinguir un poco la fantasía de la realidad.*

La argumentación de este paciente de 28 años es un claro exponente de cuanto venimos diciendo: atribución a causas físicas de su estado depresivo, pero a la vez sospecha de un componente psicológico. Sin embargo el componente psicológico no se identifica con facilidad; requiere generalmente un trabajo de paciente exploración. Considérese por ejemplo, el caso de una chica de 20 años, que asiste a un grupo de terapia, derivada por la psiquiatra del centro con un diagnóstico de agorafobia. Aunque está tomando medicación y consigue ir a todas partes, acompañada siempre de algún familiar o compañero del grupo, persiste su sintomatología. En la entrevista se intenta que la paciente cambie su discurso centrado en los síntomas neurovegetativos a otro, donde estos adquieran un significado contextual.

*T.- ¿Qué fantasía tienes si estás sola entre multitudes? ¿Qué es lo que te pasa por la cabeza?.*

*P.- Es que no me pasa nada por la cabeza. Es todo en el cuerpo. Mucha aceleración; me encuentro muy mal.*

*T.- O sea que en lugar de pensar, tu cuerpo reacciona y no llega a formarse el pensamiento*

*P.- No; porque yo no me hago ninguna fantasía. Me pasa. O sea yo me lo noto; cuando me pasa que el corazón me va más de prisa, que me siento ahogada y malestar.*

Como decía Dilthey (1894) la finalidad de la psicología es la de “comprender por el contexto, dejar aparecer el contexto, todo el contexto, a fin de captar el significado de cualquier fenómeno humano, puesto que la significación no se encuentra en el conocimiento de las causas, sino en la relación entre los elementos

del conjunto, en su conexión estructural”.

La continuación del diálogo con la agorafóbica, que podemos leer seguidamente, nos permite llegar a través de una técnica de escalamiento (Villegas, 1993) a comprender el significado del síntoma en un contexto relacional y, en consecuencia, a poder cambiar el foco de la demanda terapéutica, centrada sobre la persistencia de los síntomas agorafóbicos, en la problemática evolutiva que se anuncia en la última intervención de la paciente.

*P.- Yo si salgo y voy con gente no me pasa nada. A mí me da igual el sitio. No me da ahogo el sitio sino estar sola. Si no tengo al lado gente de confianza, sí que me entra el ahogo. Si tengo a mi lado gente de confianza no me molesta.*

*T.- Necesitas confiar en la gente, sino te sientes sola.*

*P.- Necesito que sepan lo que me pasa. Si no me daría vergüenza contárselo a alguien que no lo sepa. Si no prefiero evitarlo, para no pasar este mal rato. Para que no se rían de mí.*

*T.- ¿Cómo te sentirías si se rieran de ti?*

*P.- Mal, muy mal.*

*T.- ¿Qué quiere decir mal?*

*P.- A lo mejor ya no confiaría más en estas personas. No lo probaría otra vez*

*T.- Pero estás diciendo lo que harías, no cómo te sentirías. Qué significa sentirte mal.*

*P.- Sentirme mal en este momento, sentirme mal, y que no volvería otra vez a pasar por ahí*

*T.- Claro pero eso ya nos lo has dicho. Pero en el momento en que te sientes mal, qué pasa por tu cabeza.*

*P.- Yo pensaría: ¡qué tonta! Y ¿por qué me tiene que pasar a mí esto? Entonces es cuando me enfado.*

*T.- O sea que te enfadarías.*

*P.- Sí, pero no con otra persona. Me enfadaría yo conmigo misma.*

*T.- Y ¿por qué te enfadarías contigo?.*

*P.- Pues porque yo entiendo que no es normal lo que me pasa. Y también entiendo a la gente que entiende que no es normal lo que me pasa a mí. ¿Por qué no puedo ser como los demás?.*

*T.- Y qué hay detrás de este ¿por qué no puedo ser como los demás?*

*P.- No lo sé, no lo sé*

*T.- ¿Cómo son los demás?*

*P.- Pues son como yo, pero no les pasan estas cosas... A mí me gustaría ser como yo pienso que quisiera ser, o sea salir de mi casa, como yo era antes.*

*T.- Has dicho ser como era antes. Dónde está este antes*

*P.- Antes salía, no me pasaba nada*

T.- Antes ¿cuándo?

P.- ¿Cuándo en el tiempo? Pues hace tres años... Yo cuando estoy así pienso para atrás. De pequeña ya era miedosa, pero cuando crecí un poco más lo iba venciendo. Cuando tenía que hacer algo nuevo buscaba una compañía...

T.- ¿Entonces qué pasó hace tres años?

P.- Es que no lo sé. No, no; es que no sé. ¿Qué por qué me pasa esto?

T.- No, no, no, “porqué”; ¿qué pasó; qué cambios hubo, qué situaciones nuevas?

P.- Ah! bueno sí, tuve muchos problemas...

T.- Por ejemplo.

P.- Yo tenía un novio, yo dejé a este novio y bueno en mi casa fue un berenjenal y mi madre pues no se lo tomó bien... Fue todo un follón. Toda la familia en contra de mi; yo tenía 17 años y mi madre me dijo: “pues tu no vas a salir de casa y te voy a encerrar en un colegio”, se puso histérica. Y entonces me fui a casa de mi tía y estuve un tiempo hasta que se pasara el castigo. Ahí empezó todo.

Este proceso transformativo de la demanda de ayuda de un nivel de expresión sensoriomotor a otro narrativo o concreto (Villegas, 1993), de sustitución de un contexto sintomático por otro semántico, se convierte en uno de los pasos constitutivos del análisis de la demanda, a través de los cuales se intenta definir en términos homogéneos las necesidades del sujeto y los recursos del psicoterapeuta. Este proceso de *reformulación* permite modificar la posición pasiva del demandante, característica del modelo de interacción médica, en el sentido de promover una actitud colaborativa, propia de la psicoterapia.

Hay casos, finalmente, en que la problemática del paciente exige un tratamiento psiquiátrico, combinado con otros tratamientos de terapia de apoyo, familiar, etc.:

*“No sé porqué tenemos que venir aquí toda la familia, si el enfermo es él y no nosotros. ¿Usted cree que la psicoterapia le servirá de algo? Yo no creo que se trate de un problema psicológico, sino físico. En la familia por parte de madre ya hay antecedentes de la misma enfermedad. Un tío de ella ya estuvo muchos años internado en un hospital psiquiátrico. Allí le daban electrochocs... Nosotros no podemos hacernos cargo de él. Y, aunque debiéramos, no sabríamos cómo hacerlo. Así que lo hemos traído aquí para que lo cuiden o lo internen o le hagan lo que haga falta”.*

En este caso el análisis de la demanda requiere reconvertir una solicitud de ayuda, centrada en el paciente designado, en una oferta de ayuda ampliada al marco familiar o incluso a toda la red social, dado que quien hace la demanda de ayuda no es el paciente designado, pero es a él y a la familia a quien puede beneficiar, con frecuencia, la psicoterapia como parte integrante de un tratamiento más amplio.

## La demanda inespecífica

Dada la dificultad en construir de modo viable la demanda de ayuda psicológica, no sólo en su formulación verbal, sino incluso de aceptar que alguien pueda ayudarnos en algo que, en el fondo intuimos que nos incumbe sólo a nosotros personalmente, la mera enunciación de tal solicitud se vuelve especialmente embarazosa. Esta es la razón, probablemente, de las oscuras fórmulas iniciales con que las personas suelen envolver sus primeros requerimientos al terapeuta, mezcla de vergüenza y desconfianza, a la vez que de auténtica confusión:

*“no sé por dónde empezar”; “no sé lo que me pasa”; “estoy confuso y desesperado”; “últimamente no doypie con bolo”; “me han recomendado que venga a usted; pero no estoy muy seguro de que me pueda ayudar: ¿usted cree que la psicología sirve para algo?”*

Superados, generalmente sin mucha dificultad, estos primeros tanteos, muestra de la necesidad de explorar el terreno donde se va a desarrollar o no un trabajo muy personal e íntimo, suele venir el intento de definir el problema de una forma operativa para la psicoterapia. Esto, como hemos visto en el caso de la demanda sintomática, no suele ser fácil. Allí existe la dificultad añadida de conceptualizar una sintomatología somática o psicósomática en términos psicológicos cuando no se tiene ninguna conciencia de ello. En el caso que consideramos ahora de la demanda inespecífica ya no existe esta dificultad inicial. El sujeto sabe o intuye que su problema es psicológico, pero no consigue darle una forma operativa. Por eso su demanda es muy vaga:

*“no me siento feliz”; “siento que algo debería cambiar en mi vida”; “me encuentro estancado y sin ilusión”; “necesito mejorar mi estado de ánimo”; “últimamente me siento inquieto e inestable”; me gustaría conocerme un poco más”*

Ya hemos indicado anteriormente que estas fórmulas vagas no eran otra cosa que modalidades pragmáticas, orientadas a obtener del terapeuta una actitud activamente exploradora:

*“¿desde cuándo se encuentra usted así”; “¿qué es lo que le hace pensar que algo debería cambiar en su vida?”; “¿a qué atribuye este estado de ánimo?”*

Veamos un caso del desarrollo inicial de una estas demandas inespecíficas:

*T.- ¿Cuáles son los motivos que te han llevado a pedir una ayuda psicológica?*

*P.- Para tener la oportunidad de conocerme mejor. Me gustaría conocerme mejor y si este es un medio para ello, pues adelante.*

*T.- Por lo tanto, tienes la impresión de no conocerte suficientemente.*

*P.- No, probablemente no me conozco lo suficiente. A veces tengo salidas de tono; parecen tonterías. Otras paso periodos, que pueden durar días, semanas en las que atravieso crisis de identidad, si es que se pueden llamar*

*así, o de nerviosismo.*

*T.- Cuáles son los aspectos más inmediatos de tu vida cotidiana que te preocupan más. Me has dicho que hay momentos durante la semana en que experimentas crisis de identidad.*

*P.- Sí, pero también pueden durar una hora, o media hora.*

*T.- ¿Qué pasa en estos momentos?*

*P.- No me encuentro bien, me siento angustiado, no sé cómo definirlo. Como ayer cuando volví a casa: una sensación de ansiedad, de tristeza, de no tener ganas de hacer nada. Me bebo dos cervezas y me voy a la cama, pero no consigo dormir, pico algunas cosas de la nevera; me pongo a leer; miro la televisión... Miedo a salir, no lo sé*

*T.- ¿Te has planteado los motivos por qué te pasa?*

*P.- Sí, desde luego que me lo pregunto; casi siempre me lo pregunto*

*T.- ¿Y que explicación te das?*

*P.- Si lo supiera no estaría aquí*

El diálogo continúa hasta que el paciente es capaz de contextualizar más concretamente estas sensaciones. Pero la especificación de los aspectos concretos implicados en estas preguntas tampoco lleva por sí misma necesariamente a la formulación de una demanda psicológicamente operativa. Suele dar, por el contrario, paso al desplegamiento de la queja.

Una paciente de 30 años, a la que llamaremos Marisa, casada desde hace tres, se presenta con una petición inespecífica del tipo “*necesito mejorar mi estado de ánimo*”, que poco a poco va especificando al considerar que su estado de ánimo actual es el

*“resultado de un cúmulo de cosas ante las cuales, finalmente, me he dado cuenta de que no puedo salirme sola. He probado de convencerme de que las podría superar con paciencia y que el tiempo ayudaría, que si ponía de mi parte algún esfuerzo, sacaría algún provecho; pero no consigo llegar a nada. También he intentado encontrar trabajo, ilusionarme con las cosas de la casa, buscar otras salidas; pero nada me sirve. Creo que si tuviera más fuerza de ánimo, podría salir adelante”.*

La expresión de la queja es algo habitual y esperable en una persona que se siente mal, y generalmente cubre una función, la de justificar ante un agente social -el psicoterapeuta- un estado de enfermedad psicológica que socialmente suele ser poco aceptable, o al menos esto cree el sujeto. Pero la queja no es todavía operativa desde el punto de vista psicoterapéutico. Analicemos por un momento qué significa a nivel discursivo en nuestro caso, presentándolo en forma de un silogismo:

a) (premisa mayor) la expresión “*yo no puedo salirme sola*”, implica pragmáticamente que necesito a alguien para salirme. Este alguien es la persona a quien va dirigida la demanda.

b) (premisa menor o condición) el medio para salirme de este estado de cosas



es conseguir “*más fuerza de ánimo*”

c) (conclusión) “*ayúdeme usted a tener más fuerza de ánimo*”.

Se trata, evidentemente, de una demanda imposible de satisfacer. Aludíamos a ello cuando afirmábamos que el objeto de la psicoterapia no es satisfacer personalmente las necesidades de los pacientes, sino analizarlas a fin de encontrar el modo de que puedan satisfacerlas por sí mismos.

La única respuesta que puede efectivamente el psicoterapeuta aplicar ante la queja del paciente es la del análisis de los elementos discursivos implicados en ella, sin caer en la trampa de implicarse personalmente en las alusiones pragmáticas. Esto es lo que le diferencia de los familiares y amigos, los cuales tienden a responder pragmáticamente, es decir como solicitados por la queja del enfermo, con lo cual su reacción es de mayor ansiedad y preocupación, o de intentar escurrir el bulto:

*“y yo ¿qué quieres que te haga?; a mí ¿qué me cuentas?; ¿esto tienes que solucionarlo tú mismo!”.*

En el caso de Marisa, la paciente, los elementos discursivos de carácter enunciativo versaban sobre cómo todas sus energías se iban en ayudar a los otros, incluso económicamente a uno de sus hermanos, y las repercusiones que ello tenía en el empobrecimiento de su propia economía familiar:

*“Los otros siempre van por delante de mí, siempre están antes que yo. La semana pasada mi marido se rompió los ligamentos de tobillo y le tengo que ayudar en todo. Pero además mi madre da por sentado que la tengo que acompañar a los médicos. Ayer le dije que por la tarde la acompañaría al médico, pero que por la mañana fuera sola. Ella lo aceptó porque tenía que hacerme cargo de mi marido; sin embargo me sentí culpable. Mi madre también daba por supuesto que teniendo a mi marido con el pie escayolado hoy no vendría aquí a terapia... A veces discuto con mi madre, pero no creo que esto sea hacerle daño. Sin embargo, no acompañarla al médico cuando no tengo nada más importante que hacer, esto sí que pienso que puede hacerle daño: se puede sentir sola o abandonada”.*

El análisis del discurso pone de manifiesto que Marisa se siente obligada a ayudar a los otros, aunque sea en detrimento suyo, cuando no tiene nada más *importante* que hacer; que además su madre se puede sentir *sola y abandonada* si ella no la acompaña no teniendo nada más importante que hacer (la asistencia a la sesión de psicoterapia no está entre las cosas más importantes que hacer; cuidar al marido, sí). Sin embargo la madre no se sentiría sola si ella tuviera algo importante que hacer (el sentirse sola o abandonada no depende pues de la presencia física, sino de la justificación; de ahí el sentimiento de culpabilidad). La queja está derivando hacia la explicitación de un sistema epistemológico que es el que determina el modo de pensar, sentir y actuar de Marisa. La fantasía de que el terapeuta llegue a trasmitirle mágicamente la fuerza de ánimo que necesita se ha desvanecido.

Es normal, no obstante, que cuando los pacientes acuden a psicoterapia no

hayan superado, en general, el estadio de la queja, involucrando voluntaria o involuntariamente en ella al propio terapeuta. Por ello su demanda, aunque no expresada en estos términos, continúa siendo mágica. En efecto: ¿qué puede hacer el terapeuta para ayudar a alguien a tener más ánimos?, ¿darle unas palmaditas en la espalda? Se plantea pues la necesidad de transformar la queja en una demanda psicológicamente operativa. Como dice Maturana (1996) la queja hay que acogerla y escucharla:

*“A lo mejor el paciente dice que quiere cambiar algo, pero no es eso necesariamente lo que quiere cambiar. Usualmente, en el relato de la queja va a aparecer todo; lo que pasa es que uno se demora en escuchar”.*

Para ello hay que evitar centrarse en los aspectos pragmáticos de la demanda y desarrollar, como hemos visto en este último caso, los discursivo-enunciativos. Algunos autores creen que hay que enfrentar directamente al paciente con sus pretensiones pragmáticas:

*“¿qué es lo que espera usted de mí? ¿qué cree que puedo hacer yo por usted?”.*

A nosotros esta práctica, centrada en el enfrentamiento directo yo-tu, nos parece inapropiada y de mal gusto, nacida de un resentimiento ante el paciente, precisamente por sentirse de alguna manera interpelados por él. Que el paciente pida ayuda no significa que le debemos prestar la ayuda mágica que imagina, o que imaginamos que imagina.

El análisis de la dimensión pragmática de la *queja* hay que guardárselo para los adentros, considerándola fruto de un estado de necesidad que no sabe expresarse de otro modo. Sólo hay que focalizar la atención en los aspectos pragmáticos cuando éstos no forman parte de la queja, sino de la demanda misma.

Un paciente de unos 52 años de edad inicia una terapia con una demanda que se expresa aproximadamente en estos términos:

*“Me siento mal; estoy triste y sin ganas de hacer nada. Me cuesta mucho dormir por las noches. No tengo ninguna ilusión”.*

Todos estos síntomas se habían precipitado a raíz de un problema en el trabajo donde se sintió injustamente degradado y fue apartado de sus funciones habituales. Ello le situaba, además, en desventaja respecto a su mujer, que desempeñaba un trabajo de mayor categoría que el suyo. Terminó por abandonar el trabajo y ponerse a desarrollar una actividad artesanal como autónomo. Durante las primeras sesiones se desahoga explicando su historia que parece guardar una estrecha relación con todos sus problemas de tipo depresivo. Hacia la octava o novena sesión da por terminada su colaboración y dirigiéndose a la terapeuta, que es una psicóloga mucho más joven que él, le suelta:

*“Bueno, ahora ya no tengo nada más que explicar, no sé que más decirte”*, como diciéndole, ahora te toca a ti hacer algo por mí; yo ya he hecho lo que me tocaba (explicar la historia). Al final de la siguiente sesión, al levantarse para salir

de la sesión se vuelve a la terapeuta y casi desde la puerta le dice:

*“Y cuándo vas a empezar a reforzar mi personalidad”*

Aquí aparece la demanda del paciente. En las sesiones siguientes se intenta elaborar esta demanda de un forma más explícita:

T.- *“¿Qué esperas de la terapia?”*

P.- *Siento que no estoy grave, pero sí que necesito ayuda; pero lo que pasa es que a veces dudo de la efectividad de esto.*

T.- *¿Qué tipo de ayuda?, ¿qué esperas?”*

P.- *Tal vez esté esperando algo que yo note cómo que me ha hecho cambiar... Si yo vengo aquí es en el sentido de que me indiquen una fórmula o un camino para llegar a lo que yo busco.”*

Los requerimientos de *“reforzar la personalidad”* y las quejas dirigidas a la terapeuta sobre la ineficacia de la psicoterapia se reiteran en sucesivas sesiones. Mientras tanto, se trabajan otros aspectos más prácticos de su vida actual. Algunas iniciativas tomadas por él, junto al cambio de algunas actitudes debido a unos mejores logros conseguidos en sus actividades laborales, posibilitan que en la sesión 23 se pueda finalmente trabajar la demanda de una forma explícita:

P.- *“Tengo una imagen que últimamente me viene mucho a la cabeza. Es una imagen del primer colegio donde yo estudiaba: nosotros jugábamos al fútbol en un sitio donde había una pared muy alta. El campo tenía una portería en cada extremo; a un lado había esta pared, en el lado contrario no había pared, estaba a campo abierto. Yo siempre que cogía el balón, chutaba a la pared para recoger el rebote y marcar goles.*

T.- *¡Muy astuto!, ¿y bien?.*

P.- *A lo largo de mi vida siempre me he comportado así, siempre ha habido alguien que me ha hecho de pared para poder coger el rebote y marcar goles. En la otra escuela no jugaba a fútbol, pero ya tenía la fama, y por eso recibía un trato preferencial. Por eso creo que he buscado siempre una pared en mi vida.*

T.- *¿Cuántas paredes has tenido en tu vida?*

P.- *Mi madre, mis jefes*

T.- *¿Y ahora?*

P.- *Mi mujer.*

T.- *Ahora que te oigo decir esto a mí también me ha dado la sensación de que buscabas en mí una pared cuando me decías que lo que tenía que hacer era reforzar tu personalidad.*

P.- *Es posible que haya buscado también en ti una pared... porque yo te tenía como a un médico... que tenía que darme la solución... la respuesta a mis porqués.*

T.- *Y ¿qué ha pasado para que ahora digas esto?*

P.- *Pues esta vez tengo que ser yo,... hasta llegar ahí. Tengo que ser yo sin*

*ninguna pared donde apoyarme.*

### **La demanda específica**

Existen pacientes que por diversas circunstancias -experiencias anteriores, su propia formación, etc.- acuden a psicoterapia con una idea mucho más formada sobre los objetivos y ámbitos de aplicación de la psicoterapia, como el caso de una chica de veintiséis años, la décima de once hermanos, cuya formulación inicial de la demanda es como sigue:

*Bueno, yo en principio venía porque ya he ido a un psiquiatra hace tiempo, pero me daba pastillas. Entonces él lo que me dijo es que yo tenía crisis de angustia y, realmente, es que tengo mucha angustia, pero es porque tengo miedo de muchas cosas. Tengo miedo sobre todo de lo social; también me da miedo cruzar un puente; antes cuando era más joven no me daba miedo, pero ahora me da cada vez más. El psiquiatra me daba pastillas y me dejaban como muy dormida, y como sin reflejos. Y entonces decidí no tomar más. Y luego, hace poco, he ido a un terapeuta que utiliza remedios florales y me los estoy tomando; no es que lo note mucho. Y entonces, al final, decidí ir a un psicólogo, que creo que me hace falta y eso. Mas que nada lo que tengo es tanta angustia que al final una forma de descargarme es, en casa, llorando...; pero vamos, quizás lo que pasa es que le doy muchas vueltas a las cosas, y tengo inseguridad, y entonces ante la gente me quedo como bloqueada*

La demanda que plantea la paciente del caso viene claramente dirigida a un psicólogo, distinguiendo, en base a la propia experiencia, los medios físicos de los medios psicológicos. Se especifica además el problema en términos de crisis de angustia o ansiedad generalizada, particularmente en contextos sociales, aunque no queda muy determinado si como causa o como efecto. Sin embargo, tales especificaciones, tanto en este caso como en otros, no suelen superar el nivel diagnóstico, que responde todavía al modelo médico. Atender a este tipo de demanda exige, de nuevo, reformular sus supuestos en términos semánticos, no sólo sintomáticos, ni siquiera cuando los síntomas son psiquiátricos o entran en las clasificaciones del DSM-IV.

Nos viene a la memoria el caso de un paciente de unos treinta años, médico de profesión, al cual se le había diagnosticado en su juventud una patología neurológica muy poco frecuente: *tremor essentialis*. En consonancia con su formación médica y con el diagnóstico, el paciente había consultado innumerables especialistas nacionales y extranjeros sin encontrar un tratamiento eficaz. La patología, que implicaba particularmente temblores en las manos, le impedía el ejercicio de la medicina clínica y, con mucho más motivo de la cirugía. Una psicóloga le había ayudado con técnicas conductuales a hacer frente a algunas dificultades de actuación en público. Por razones profesionales se vería pronto obligado a hablar en

público y esto le atemorizaba particularmente. De modo que con este historial se presentó a psicoterapia con un demanda específica para superar el miedo a hablar en público. El psicoterapeuta se extrañó de que la ayuda sintomática que el paciente había recibido de la anterior psicóloga, que él consideraba muy válida, no le hubiera sido suficiente. El análisis del discurso permitió contextualizar este miedo, relacionándolo con las figuras de autoridad. Era distinto hablar ante compañeros que ante superiores o un público especializado desconocido; esto aumentaba sus temblores y bloqueaba el habla y el pensamiento. Esta diferenciación permitió además cuestionar el diagnóstico médico prevalente hasta aquel momento: ¿cómo es posible que un *tremor* sea *essentialis* si aparece condicionado a determinados contextos? La perplejidad generada por este cuestionamiento facilitó reconstruir el contexto de aparición del síntoma en una situación disociativa acaecida en su adolescencia. La demanda de superar el miedo a hablar en público fue sustituida por la de salir de una experiencia disociativa. Los temblores desaparecieron, el paciente pudo desarrollar con notable eficacia sus empeños profesionales, incluidos los de la oratoria.

Como se aprecia en este y otros casos el análisis de la demanda específica implica un cambio de diagnóstico o, al menos, una redefinición del mismo en términos no sintomáticos si se quiere superar el tratamiento puramente diagnóstico, y emprender otro propiamente psicoterapéutico. Esta tarea no siempre resulta fácil, pero con frecuencia se hace absolutamente necesaria ante la insuficiencia de muchos de los tratamientos sintomáticos sean éstos farmacológicos o comportamentales. (Lo contrario también vale: en muchos casos el tratamiento psicoterapéutico es insuficiente o inadecuado y, en su lugar se imponen los farmacológicos o comportamentales, o la combinación de todos ellos, no siempre bien integrados, por desgracia).

Considérese en el siguiente caso la solicitud de intervención por parte de una familia, a propósito de una fobia alimentaria en un niño de unos ocho años, que rechazaba cualquier tipo de ingesta sólida y aún poco espesa, como purés o papillas, y sólo admitía líquidos muy ligeros (agua, naranjada; pero no leche, batidos, etc.). Éste había empezado a seguir un tratamiento comportamental intensivo, dada la gravedad del caso, pero sin conseguir los efectos deseados a corto plazo. De modo que la intervención del terapeuta fue introduciendo elementos discursivos y sistémicos en el tratamiento. En efecto, el **contexto** en que se producía el síntoma era el de una relación problemática entre los padres, que amenazaba separación (angustia de separación: elemento motivacional); el **texto**, la conducta evitativa en relación a los alimentos sólidos constituía una acción simbólica, más que instrumental; el **pre-texto** fue prestado por una noticia de la televisión “un niño se muere porque se le atraganta una golosina”. El **discurso** en estas condiciones equivalía a “si mis padres se separan me dejarán y no se ocuparán de mí; si no puedo tragar se preocuparán”. En el tratamiento llevado a cabo a nivel concreto/operatorio (cognitivo/conductual) se fueron introduciendo estrategias de realización simbólica muy

interesantes: la terapeuta se inventó una enfermedad similar para establecer una especie de competencia con el niño: “a ver quién se traga antes la comida”. Favoreció, así mismo, una mediación entre padres e hijo y de los esposos entre sí, implicándoles en el juego, haciéndoles ver los videos grabados durante las sesiones y enseñándoles los trucos para hacerle comer. Con la llegada de las vacaciones los padres asumieron la iniciativa terapéutica. Al regreso del verano el niño ya comía normalmente; los padres querían subrayar este logro ante el terapeuta, el niño, en cambio, se empeñaba en querer explicar las cosas que habían hecho “*juntos*”. Una visión más compleja permitió integrar y dar razón epistemológica de lo que sucedía en los niveles más concretos tanto del comportamiento fóbico del niño como de la intervención de la terapeuta.

En efecto lo importante de los síntomas es el contexto simbólico en el que se producen, lo cual remite a su dimensión semántica. Los síntomas constituyen el texto, el análisis del contexto permite entenderlos en términos discursivos. Un alcohólico social puede, sin duda, intentar superar su dependencia de la sustancia evitando los contextos físicos, llamados “ambiente” por los conductistas, en que se produce la toma; pero si no los comprende en su dimensión semántica o significativa no llegará a producirse un cambio epistemológico en su sistema de construcción de la realidad. Esta evitación podrá subsistir solamente en un contexto protegido y/o coercitivo -comunidad terapéutica, alcohólicos anónimos- porque no será el fruto de un cambio epistemológico. Las personas construyen la realidad de una manera determinada, y esto genera toda una serie de conductas, porque la construcción es una anticipación connotativa de la experiencia, por la que las diversas situaciones se consideran positivas o negativas antes de que se produzcan. De alguna manera puede decirse que nacen de la experiencia, pero niegan, o al menos dificultan, la posibilidad de experiencia; de modo que quedan estancadas en una estructuración epistemológica determinada y dificultan el cambio. El alcohólico social, por ejemplo, aquel que bebe únicamente en compañía, nunca de forma solitaria, parte de la experiencia que beber en compañía es un modo de relacionarse; relacionarse es un modo de no sentirse solo; sentirse solo sería un indicador de fracaso social; el fracaso social consiste en no ser reconocido por los demás; no ser reconocido por los demás significa que uno no vale nada. La identificación del reconocimiento por parte de los demás con el valor propio es el núcleo de esta construcción que imposibilita el cambio epistemológico en términos de “yo puedo tener un valor, aunque los demás no me reconozcan”.

Si por ejemplo alguien piensa que la felicidad es la finalidad de la vida y encuentra la felicidad -generalmente confundida con el placer como estado fisiológico- en la droga, no podrá dejarla hasta que ésta le produzca un mayor grado de infelicidad que de felicidad o hasta que cambie su construcción de la felicidad como consecución inmediata y sin esfuerzo del placer por otra, donde la consecución de objetivos a largo plazo a través del esfuerzo personal sea más gratificante que la

primera. Todo lo demás serán cambios aparentes, a no ser que esté dispuesto a admitir, como postulaban los estoicos, que la felicidad no es la finalidad de la vida.

### **La demanda perversa**

Denominamos demanda perversa a aquella que, de acuerdo con la etimología de la palabra “*per-versus*”, va en una dirección contraria o enfrentada a la original, bruscamente apartada de su finalidad, vuelta del revés. Si hemos dicho que la finalidad de la psicoterapia era la de analizar las necesidades del paciente para que éste pudiera llegar a satisfacerlas por sí mismo, utilizando o desarrollando sus propios recursos, consideraremos una demanda perversa aquella que tenga por objeto la satisfacción directa de estas necesidades a través de la psicoterapia, y más en concreto de la relación terapéutica implicada en ella. Naturalmente esto puede suceder inversamente por parte del terapeuta, en cuanto éste pretenda utilizar la situación de indefensión de sus clientes para satisfacer sus necesidades propias de afecto, poder o dinero.

La denominación de perversa a este tipo de demanda del paciente, o de intervención del terapeuta, no supone la emisión de un juicio moral ni legal por nuestra parte. Simplemente describe la dirección inversa que sigue la interacción entre paciente y terapeuta. Naturalmente tampoco lo excluye. El grado de moralidad o inmoralidad que pueda prejuzgarse en cada caso pertenece al ámbito de la intencionalidad más o menos consciente, y no vamos a entrar en ello en este artículo. Sólo añadir que, aunque aquí consideramos preferentemente la demanda del paciente, por ser el objeto de nuestro estudio, la atribución de responsabilidad moral o legal, en general, debería afectar más al terapeuta que al paciente por su situación de privilegio en una relación de clara asimetría.

Las necesidades cuya satisfacción se ponen en juego en la demanda terapéutica pueden agruparse en grupos motivacionales como los descritos por McClelland (1955), recogidos también por Carli (1990) en su artículo antes citado, de motivaciones de afiliación, poder y logro. Una clasificación semejante se puede extraer de la concepción más etológica de Liotti (1996; véase en este mismo número) el cual distingue cuatro motivaciones básicas o sistemas comportamentales de origen innato que se activan en cualquier relación, y naturalmente también la terapéutica. Estos son: los sistemas de apego, de sexualidad, de dominación y de colaboración.

De acuerdo con estas clasificaciones podemos establecer una casuística categorial donde se tengan en cuenta la diversidad de demandas perversas posibles, considerando como tales a las demandas de satisfacción directa en terapia o a través de ella de las necesidades de apego, de sexualidad y de poder o dominancia. Los sistemas de colaboración son, en cambio, los que hemos postulado para definir la terapia; por lo que, a no ser que estén disfrazando otra cosa, son los adecuados para activarse en sintonía con el tipo de interacción que exige la psicoterapia.

### a) demanda de apego

Algunas personas tienen en su vida una carencia real de relaciones afectivas familiares o amistosas. Esta es una necesidad auténtica, a no ser que se trate de individuos solitarios, pero que, como hemos dicho, no puede satisfacerse directamente en la terapia, so pena de pervertirla.

El caso que vamos a considerar se produjo en el ámbito de una terapia de grupo, lo que potenciaba aún más las posibilidades o, al menos, la fantasía de satisfacer directamente tal necesidad con diversos miembros del grupo. El paciente, al que llamaremos Alberto, de unos 30 años de edad, es soltero y vive con sus padres. Como no tiene ninguna relación amorosa ni de amistad, se dedica de forma compensatoria al trabajo, donde hace innumerables horas extras, sábados incluidos, además de una actividad extralaboral, generalmente no remunerada, como director de una coral, así como algunas clases particulares de música. El primer día del grupo, al hacer su presentación, enuncia claramente cuál es su demanda respecto al grupo de terapia.

*“Yo he venido para a ver si hago amistades en el grupo”.*

La demanda es claramente perversa, aunque hecha de forma inocente, sin trampa ni cartón. El equipo terapéutico toma nota de esta enunciación perversa, pero decide que es todavía pronto para trabajarla y que hay que esperar a que los acontecimientos pongan a prueba la posibilidad de satisfacción de la demanda. Desde luego, el grupo no se puede interrumpir por él, ni se le puede echar sin darle la oportunidad para elaborar su demanda.

Efectivamente Alberto empieza a manejar al grupo, sobre todo fuera del ámbito estricto de las sesiones, para satisfacer sus necesidades. Se ofrece a hacer favores, acompaña con su coche a los pacientes fóbicos, organiza fiestas y encuentros, se convierte en la centralita telefónica por donde pasan todos los mensajes y comunicaciones entre los miembros del grupo. A los tres meses de iniciado éste, y durante el período de vacaciones de Navidad, se produce un acontecimiento particular: una chica, a la que llamaremos Sandra, va a ser intervenida quirúrgicamente de una grave afección en la columna vertebral. Alberto organiza con la enferma y los demás miembros del grupo una cena de despedida y celebración de la Navidad antes de la operación, se propone como el coordinador de cualquier interacción del grupo con la paciente operada. Venciendo además su aversión a los hospitales se decide a visitar a Sandra en el hospital, cuando todavía se halla en el período postoperatorio. Esta se encuentra en un estado muy débil y con fuertes dolores por todo el cuerpo y no desea ver a nadie, de modo que reacciona con disgusto a la visita de Alberto. Éste, al sentirse rechazado empieza a notar los síntomas físicos de opresión que ejercen sobre él los hospitales y cae desmayado en la habitación misma, dándose la paradoja de que la enferma tiene que asistir al visitante. Unas semanas más tarde, en coalición con otra compañera, pero excluyendo a otros miembros del grupo, decide hacerle un regalo. No se le ocurre mejor idea que entregárselo como obsequio de bienvenida al inicio de la sesión en que Sandra



vuelve a reincorporarse al grupo. Sandra no sabe cómo manifestar sus sentimientos ambivalentes: por una parte se trata de un objeto que ella aprecia mucho y que en otras ocasiones había manifestado la ilusión que le hacía, así como las dificultades económicas que tenía para conseguirlo; por otra, no le parece bien que se le haga un regalo en el grupo y, menos, excluyendo a una parte de éste. El grupo reacciona dividiéndose, aliándose unos con el reproche de Sandra, excusándose los otros en base a su buena voluntad. Alberto reacciona quejándose de que

*“la gente malinterpreta las cosas y encima es desagradecida. Esto no es lo que me esperaba, ni éste es el concepto de amistad que yo tenía”.*

Sin embargo las cosas no se detienen ahí: otra compañera del grupo, a la que llamaremos Mónica, que por cierto es la que le había aconsejado en la elección del regalo, se encuentra en una necesidad económica imprevista y urgente. Enterado Alberto, se presta voluntariamente a satisfacer la cantidad que Mónica precisa. Pero las cosas se complican porque existen dificultades para devolver el dinero, y además resulta que no es sólo la cantidad declarada inicialmente, sino una superior la que se precisa. Estos conflictos vuelven a estallar en el grupo y Alberto reacciona de forma similar con sus discursos sobre el desagradecimiento y la falta de correspondencia a sus intentos de establecer amistad. Aprovechando estos acontecimientos se trabaja lo que él entiende por amistad y la futilidad de sus esfuerzos por forzarla. Sin embargo él reacciona pesimísticamente aduciendo que ha sido ingenuo en fiarse de los demás y que en adelante deberá aprender a ser más desconfiado. Otros acontecimientos se suceden a éstos, que no vamos a narrar para no hacernos interminables. Sin embargo merece destacarse uno, producido fuera de la terapia y con una persona ajena al grupo, por el valor indirectamente terapéutico que tuvo. Ya hemos indicado más arriba que Alberto desempeñaba como actividad complementaria la de profesor de música. Se acercaban los exámenes de junio y una alumna suya, mujer ya adulta y casada que trabajaba como maestra, a la que preparaba para el examen en el conservatorio, se mostraba, por diversas razones familiares y otras ocupaciones, poco motivada en el estudio, faltando a clases, cambiando horas, no preparando las lecciones, etc. A ello respondía Alberto ofreciendo más horas de clase, alargando exageradamente el tiempo de las clases, proporcionando horas extras gratuitamente, etc., hasta que un día la alumna respondió a uno de sus frecuentes requerimientos de mayor dedicación al estudio con estas palabras:

*“Oye, ¿tú tienes algo personal conmigo? Si quiero presentarme ahora al examen y aprobar es un problema mío. Tal vez me convenga no ir tan deprisa en sacarme la carrera. Tú límitate a darme las clases que te pida y pague. No pretendas nada más ni te pases”.*

Esta vez, a la tercera o más, fue la vencida. Alberto trajo a terapia esta situación, declarando que se había dado cuenta que no es que la gente sea desagradecida o no, que puede serlo, sino que él pretendía forzar a la gente a ser amiga suya y que se había equivocado al plantear sus relaciones personales o profesionales, tanto en la

terapia como fuera de ella, como un medio para conseguir amistades. Y que esto era una demanda equivocada. Por primera vez Alberto analizaba su necesidad de apego, en lugar de intentar satisfacerla directamente a través de la terapia.

### **b) Demanda de satisfacción sexual**

La relación terapéutica es un tipo de relación personal privilegiada, en la que el grado de confianza, aceptación y comprensión puede llegar a ser muy íntimo, lo cual junto con la proximidad física y la alta frecuencia de las visitas puede, sin duda, favorecer la fantasía de la satisfacción de necesidades sexuales o de amor erótico.

Una paciente, aquejada de síntomas psicósomáticos y fóbicos, le contaba al psicólogo las innumerables correrías por los despachos de los más diversos especialistas en medicina y psiquiatría con los resultados siempre negativos respecto a su curación. El último médico consultado, sin embargo, un anciano profesional, perteneciente a la vieja escuela de exploración clínica manual, había terminado su visita, después de indicar a la señora que se vistiera y se sentara ante la mesa del despacho, con estas lacónicas palabras:

*“Usted, señora, lo que necesita es que la toquen”.*

La paciente al relatar lo sucedido asentía con la cabeza mientras añadía:

*“Creo que es el único médico que ha entendido lo que de verdad me pasaba”*

La pregunta que nos podemos hacer, en este caso, es evidentemente relativa a la pragmática de la frase no del médico a la paciente, sino de la paciente al psicólogo. Qué pretendía la paciente que hiciera el psicólogo con un mensaje pragmático como éste:

*“Mi auténtica necesidad es la de ser toqueteada eróticamente; esto es lo que busco con tantas visitas a médicos. Usted, si es que ha entendido mi demanda, como buen psicólogo que es, ¿a ver qué hace!”.*

Todo esto en un contexto en que la formulación más clara de su problemática psicológica era la de una profunda insatisfacción matrimonial. Naturalmente se trataba de una necesidad que la psicoterapia -no sabemos si el psicoterapeuta- no puede satisfacer, sino sólo analizar.

Un diálogo transcrito por Carl Rogers (1951) con una de sus clientes muestra bien a las claras el pulso mantenido entre ambos por delimitar o pervertir el sentido de la demanda en el ámbito de la satisfacción sexual. Se trata de una paciente, a la que Rogers bautiza como Miss Tir, que se ha quitado el abrigo antes de entrar por miedo a que el terapeuta le ayudara a hacerlo, ella se sintiera impulsada a girarse hacia él y besarle:

*T. Usted ha pensado que estos sentimientos la podían llevar a besarme si no se protegía de ellos.*

*C.- Bien, otra razón por la que me he quitado el abrigo fuera es porque quiero ser dependiente, pero quiero mostrarle que no lo necesito... Nunca*

*le he dicho a una persona que es el ser más maravillosos que he conocido, pero a usted sí que se lo digo. No es simplemente sexo, es mucho más que eso.*

*T.- Usted se siente muy ligada a mí.*

*C.- Creo que emocionalmente me muero de ganas de tener relaciones sexuales con usted, pero no hago nada al respecto. Deseo tenerlas, pero no me atrevo a pedirselo por miedo a que sea no directivo.*

*T.- Siente esta horrible tensión y desearía tener relaciones conmigo.*

*C.- ¿No podría hacer usted algo?. Esta tensión es excesiva. Me sentiría liberada. ¿Puede darme una respuesta directa? Creo que nos ayudaría a los dos.*

*T.- La respuesta sería, no. Puedo comprender lo desesperada que está, pero yo no desearía hacerlo.*

*C.- Creo que esto me ayuda. Sólo cuando estoy trastornada me siento así. Usted es fuerte y me da fuerzas.*

### **c) demanda de satisfacción de la necesidad de poder o dominancia**

A veces la interacción psicoterapéutica se convierte en un campo de batalla para poner a prueba la capacidad de poder o de dominio sobre adversarios teóricamente más fuertes. Carli (1990) relata el caso de un profesor de media edad que pide una entrevista por teléfono. En esta llamada se entretiene hablando sobre las expectativas que la terapia podrá satisfacer, sobre todo lo bien que le han hablado del terapeuta, así como sobre la gravedad y la urgencia de su caso. Se presenta a la cita, hablando no tanto de sus problemas, cuanto del modo cómo ha intentado resolverlos, confiándose a una larga serie de profesionales, médicos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, sin haber encontrado todavía la persona adecuada a su caso. A continuación inicia una serie de consideraciones fuertemente críticas sobre las diversas escuelas de psicoterapia, buscando suscitar acuerdo y colusión con el terapeuta. Este último le pregunta qué es lo que le hace pensar que las cosas irán de manera distinta que con el resto de psicólogos y psicoterapeutas que hasta aquel momento ha consultado. El paciente lo mira perplejo y desilusionado, y después de unos segundos de silencio se levanta y se va. Al cabo de unos meses pide una nueva entrevista con el mismo psicoterapeuta. En ella cambia el planteamiento del discurso, aceptando hablar de sí mismo y cuestionándose su modo de proceder. Aparecerá, entonces, que el objetivo de la primera entrevista había sido el demostrar que tampoco el enésimo profesional interpelado podía hacer nada por él. Reconocerá también la cuidadosa atención con que escogía a sus “víctimas ilustres”. Dirá, por otro lado, que la pregunta que le hizo el psicólogo, sentida como una verdadera exigencia de cuestionamiento, lo había desconcertado y profundamente irritado. De hecho se esperaba, como generalmente había sucedido en los otros encuentros, un enfoque inmediato de la entrevista hacia la búsqueda de elementos y dimensiones

psicodiagnósticas, una exigencia de definición de su caso, dentro de los parámetros de nosografía psicopatológica. Enfoque hacia el cual se habría desplegado su gran habilidad para confundir al interlocutor, desbaratar cada una de sus hipótesis, llegando al final a la conclusión que, en su caso, no había nada que hacer. El cuestionamiento que se le hizo, en cambio, había desmontado su proyecto implícito. Ahora había vuelto a terapia para retomar aquel cuestionamiento y entender el sentido de su necesidad de medirse con la persona a la cual se había dirigido, para después invalidar su intervención.

### **La demanda vicaria**

No es infrecuente el caso en que la persona no viene a terapia para solucionar sus problemas ni para satisfacer sus necesidades, sino para poner una demanda cuyo posible beneficiario no se halla presente y ni siquiera ha delegado esta función en el demandante. Generalmente se trata de madres que solicitan ayuda para sus hijos; o de esposas, más raramente ellos, que lo hacen por sus esposos. A este tipo de demanda la llamamos *vicaria* en cuanto se hace en sustitución de otra persona.

El discurso suele seguir siempre el mismo esquema: se describe un problema que se atribuye a la persona ausente y se pide alguna ayuda psicológica del tipo:

*“¿qué puedo hacer yo para ayudarle?; ¿cómo podría conseguir que viniera aquí?; ¿cómo podría hacer para que dejara de beber o jugar?; ¿cómo le puedo convencer para que se deje ayudar?; ¿qué puedo hacer para que cambie o para que me haga caso?”*

Quien hace la demanda suele atribuir al sujeto ausente el origen de todos los males, para cuya solución se requeriría su participación y compromiso, aunque se considera altamente improbable. Tal es el caso de una mujer de treinta años, casada desde hace cuatro, madre de dos hijos de tres años y cinco meses respectivamente, que acude al terapeuta con la siguiente queja:

*“Soy enfermera, pero mi marido no me deja trabajar. Por ejemplo, este mes debería hacer dos semanas de turno y él me atosiga tanto que estoy siempre en ascuas. Dice que mi puesto está en casa con los niños. De acuerdo, pero yo quisiera..., necesito unas vacaciones. Siento necesidad de alejarme de ellos. De estar con otra gente. No puedo estar siempre cerrada en casa... Pero no es sólo esto. Para empezar hay un montón de cosas que no sabía de mi marido antes de casarme y que debería haber sabido; al menos pienso que debería haber sabido. Creo que es un alcohólico crónico. Bebe cada día y parece que no puede evitarlo. El dice que sí, que lo consigue, pero no es cierto. No lo ha conseguido nunca, exceptuando cuando el doctor lo puso a dieta, y entonces se puso a comer caramelos... Desde que me casé; ya durante la luna de miel bebía cada noche. No quería ir a ninguna parte; sólo quería quedarse en casa a beber; y yo no lo soportaba. Tengo la impresión de que terminará por destruirme*

*a mí o a los niños, o a todos juntos. Y no quiere dejarse ayudar. Éste es el mal. No quiere admitir que sea un problema... Trabaja de camionero. Ya sé que es un trabajo duro, pero él llega a casa y se desahoga con nosotros. Empieza a gruñir sólo entrar en casa... Siempre pienso en el divorcio, pero sería otra muerte emocional. Y no quiero hacerlo ahora con los niños. Son demasiado pequeños... Si se muriera él creo que me sentiría feliz. Estoy segura de que sí”.*

Está claro que el terapeuta no puede atender directamente a esta demanda. Necesita más bien transformarla en una demanda personal. En efecto, no puede conseguir por sus limitados medios que el marido acuda a terapia, reconozca su problema de alcoholismo y ni siquiera, tal vez, el de pareja. No puede simplemente aceptar una demanda vicaria. Existen, sin embargo, en el discurso de la demandante algunos elementos que permiten enfocar la atención sobre el estado de ella, su frustración por no poder trabajar, por depender del marido y de sus hijos, sus sentimientos ambiguos hacia el divorcio, o los deseos de muerte respecto al esposo.

En otras ocasiones el discurso de la persona demandante incluye referencias más explícitas al propio malestar, dando a entender que el propio sujeto podría beneficiarse de la intervención terapéutica, aun en el caso de que la persona que se considera problemática no esté dispuesta a participar en la terapia. Esta demanda implícita de ayuda terapéutica puede entreverse en el discurso de la siguiente demandante, casada, madre de tres hijos, que acude al terapeuta con una demanda del tipo “mi marido no me hace caso”

*Sí, soy casada y tengo tres hijos: un varón, el pequeño, y dos niñas. Mi marido es ingeniero y trabaja en una empresa de maquinaria eléctrica. No ha venido porque no quería pedir permiso ni quería decir para lo que era. Me alegro, porque no sabría cómo decirle a él que prefería entrar yo sola. Si hubiera pasado con él habría estado más cohibida. Y la verdad es que no creo que tenga nada que ocultarle, pero siempre es mejor ¿no lo cree usted así? No me encuentro bien desde pocos meses después de nacer mi hijo. No soy como era antes, estoy aburrída. Yo antes tenía ilusión por todo. ¡Qué poco me interesa ahora mi marido, los niños, todo!. No es que no los quiera, pero también me aburren. ¡Qué vida esta!. No sé de qué me quejo en realidad. Tengo de todo, estamos bien. Pero es que una ¿qué tiene que hacer?. Usted dirá que nunca ha tenido una enferma tan estúpida, porque ahora le iba a decir una tontería: que me molesta ya todo lo que hace mi marido. Todo no; pero, por ejemplo, cuando llegaba él de la fábrica, yo, antes, tenía ilusión, pero ahora, ya se lo he dicho, no tenemos nada de qué hablar. **¿Es posible que no tenga nada de qué hablarme?**. Él dice que está cansado, que lo que quiere es estar tranquilo, y se pone a leer el periódico. Le gusta mucho el fútbol y a mí eso me pone frenética. Que esté deseando salir del trabajo para venir a casa a leer los deportes... Yo se lo decía a mi*

*hermana: mira déjate de tonterías, tú piensas que el matrimonio es una cosa y luego es otra, muy distinta. Cuando me dijo que no sabía de qué me quejaba, me callé. Ya sabrá ella por qué lo digo yo”.*

Como hemos indicado ya en la introducción de este caso, la paciente mezcla en la demanda las expresiones de malestar personal con los requerimientos explícitos sobre el comportamiento del marido y la conveniencia o no de una terapia de pareja. Aun así, la posición de la demandante es muy pasiva y está orientada a provocar un posicionamiento del terapeuta en su favor y en contra del esposo, induciéndole, no se sabe cómo, a que cambie de conducta, esté menos por los deportes y más por la casa, la mujer y los niños.

### **La demanda delegada**

Hemos tenido ocasión de comprobar que en la mayoría de los casos los pacientes llegan a psicoterapia a través de una derivación. A veces es una recomendación de algún familiar o amigo que ha tenido alguna experiencia similar; con frecuencia no es más que la indicación de qué terapeuta se considera más adecuado o de confianza, como respuesta a una iniciativa propia; en otros casos son los parientes -particularmente los padres o consorte- quienes insisten y a veces chantajejan al paciente para que acuda a terapia. Así nos encontramos con expresiones relativas a la derivación como éstas:

*“He venido porque según mi mujer tengo muchos problemas”; “mi esposo me ha dado el ultimatum: o dejo de mostrarme celosa o me planta”; “mis padres están preocupados por mí, porque dicen que últimamente me ven muy encerrado en mí mismo y de mal humor”; “una amiga mía me ha recomendado que acuda a usted”.*

En muchas otras ocasiones, sin embargo, es algún otro profesional de la salud quien ha tomado la iniciativa de hacer la derivación sin que el paciente esté muy convencido ni llegue a veces a entender el por qué tiene que ir al psicólogo. Ya hemos observado antes que el éxito o fracaso de una derivación depende mucho de cómo se lleve a cabo por parte del profesional derivante. Este puede hacer una derivación clara, razonada y prestigiosa para el psicoterapeuta, como en el caso que hemos considerado más arriba de derivación por parte de un médico cirujano, o puede hacer una derivación muy genérica:

*“esto es psicológico” o “son los nervios”,*

acompañada con frecuencia de una valoración previa invalidante:

*“usted no tiene nada; más valdría que se lo hiciera mirar por un psicólogo”,*

de donde se deduce que lo psicológico “no es nada (importante, se entiende)”.

Naturalmente también pueden ser otros colegas psiquiatras o psicólogos quienes por razón de falta de tiempo o de especialización, o por proximidad de parentesco o amistad con el demandante, por traslado o cese en la actividad

profesional hacen una derivación, generalmente muy bien orientada, de un paciente a psicoterapia. Estos casos no tienen mejor ni peor pronóstico que los anteriores, pero pueden considerarse dentro del ámbito de las derivaciones comunes.

Existe, sin embargo, una situación en que la derivación reviste un carácter muy particular y que requiere un análisis específico de la demanda, pues se trata, en realidad, de una *delegación*. Hablamos de delegación en aquellos casos en que una institución o un profesional del campo de la salud mental se quita de encima, por decirlo en pocas palabras, a un paciente aduciendo razones generalmente inconsistentes, aunque revestidas de racionalizaciones aparentemente aceptables. Existe, además, el agravante de que el terapeuta delegado se ve moralmente obligado a hacerse cargo del caso, para no dejar desatendida la demanda, y al demandante en situación de desamparo.

Una psicoterapeuta decidió por razones que afectaban a su vida matrimonial interrumpir bruscamente de un día para otro su trabajo profesional, delegando en un colega los seis pacientes que en aquel momento seguía. De los seis cuatro llamaron por teléfono al nuevo terapeuta para concertar una visita; dos ni siquiera lo hicieron. De los cuatro que habían llamado sólo dos se presentaron a la cita; los otros se excusaron en llamadas posteriores, aduciendo dificultades de horario o de transporte. Uno de los que asistió aprovechó la sesión para quejarse del modo en que había sido despedido por la anterior terapeuta, objetando que le iba a resultar muy difícil generar una nueva relación de confianza cuando la que había construido con la terapeuta se había roto de forma tan poco justificada; después no volvió más. Sólo uno de los seis pacientes, un muchacho joven, con dificultades de aceptación o autoimagen, con problemas en los estudios y escasas relaciones sociales continuó y llevó adelante con provecho la psicoterapia por espacio de dos años.

En otros casos el motivo de la delegación es la existencia de una problemática del terapeuta o de la institución con el paciente, aduciendo que otro profesional mejor preparado o más disponible podrá hacerse cargo del caso. Esta delegación pone con frecuencia al terapeuta receptor en una difícil tesitura por la situación enormemente privilegiada que esta derivación le confiere a los ojos del paciente o su familia y, a la vez, extremadamente condicionada, puesto que viene acompañada del diagnóstico y de las indicaciones del tratamiento a seguir. En estas circunstancias lo que esperan paciente y familia es que el terapeuta delegado *ejecute* magistralmente las prescripciones de la institución delegante, como si se tratara de un superespecialista. Como puede advertirse en estos casos la demanda delegada se interpone entre paciente y terapeuta y no queda más remedio, si se quiere evitar caer en la trampa, que replantear todo el proceso.

Un adolescente de 13 años -al que llamaremos Juan- es enviado al psicoterapeuta por el servicio de psiquiatría de un hospital, donde el muchacho en cuestión venía siguiendo una terapia de grupo desde hacía tres años, a causa de una persistente fobia escolar que no remitía y daba origen a numerosos incidentes escolares y

familiares. El terapeuta recibe, un mes escaso antes del verano, sendas llamadas de la familia y del psiquiatra con la indicación prescriptiva de “hacerle al chico urgentemente dos sesiones semanales de psicoterapia en profundidad”. El terapeuta “delegado” aduce a la familia que ésta no es su forma de trabajar, que si ellos quieren asumirá el estudio del caso, pero que dada las limitaciones de tiempo accede solamente a evaluar la situación y a valorar las posibilidades de otro tipo de trabajo más bien de carácter familiar que individual. Durante la exploración se toman algunas decisiones de carácter práctico, que ya estaban en el ánimo de los padres, se contextualizan los conflictos del chico y se intenta convertir la ansiógena preocupación de los padres en compromiso colaborativo: para ello ya durante el proceso de evaluación se cita varias veces a los padres solos, e incluso se les propone actividades conjuntas, como la ejecución de esculturas familiares (Onnis, 1990). Al final del período evaluativo el terapeuta les escribe y lee esta carta en la que se intenta redefinir toda la situación, a fin de posibilitar una demanda distinta de aquella que fue delegada.

*Ante la inminencia del período estival deseo escribirles unas líneas que sirvan de recordatorio de las consideraciones que hemos compartido durante las sesiones de evaluación psicológica, durante las cuales he tenido la oportunidad de admirar la puntualidad, interés, responsabilidad, espontaneidad y franqueza con que han participado y colaborado. Todas estas cualidades han hecho fácil, y espero que fructífera, la relación con ustedes. En nuestra exploración se han puesto de manifiesto otras cualidades personales, que sin embargo, llevadas a sus extremos, constituyen polaridades semánticas familiares que pueden dificultar el posicionamiento de su hijo Juan respecto a la constelación parental, tales como idealismo-materialismo, pensamiento abstracto - concreto.*

*Juan presenta también esta dualidad en su forma de pensar y construir el mundo, con evidentes dificultades de integración de ambas perspectivas. Él es un chico sensible, que se ha visto rodeado de un medio escolar hostil al que no se ha adaptado del todo. Posiblemente no ha encontrado el necesario apoyo y comprensión en las estructuras, ni ha desarrollado las estrategias para hacer frente a los problemas que se le han presentado en la escuela. Por eso creo que la decisión de cambiarle de colegio es sabia: le da, al menos, una oportunidad para empezar de cero.*

*Juan es hijo único, le faltan amistades y con frecuencia se queja de aburrimiento. Parece, igualmente, que capta unas expectativas de parte de sus padres algo exageradas conforme a sus posibilidades y a su rendimiento. Todo ello, habida cuenta además que es nacido en diciembre, le pone frecuentemente en una situación de exigencia respecto al rendimiento escolar y a la madurez personal, que pueden ser causa de tensión y de evitación de la escuela. Se encuentra, por otra parte, en un momento de transición de su proceso de maduración personal: la adolescencia o pre-*



*adolescencia. Seguramente sería beneficioso para él encontrar formas de ampliar el círculo de amistades, desarrollar nuevos contactos sociales y descargar la tensión de formas creativas y sanas.*

*Ustedes, como padres, se han preocupado mucho por él, hasta el punto de desarrollar una notable ansiedad e inseguridad. Esta no es, probablemente, la manera más eficaz de enfocar sus problemas, tanto más cuanto que contribuye a aumentar las ansiedades e inseguridades de él, dado que esto puede ayudar a provocar una escalada interactiva (a mayor inseguridad, mayor explosión ansiosa en el chico). Juan necesita un punto de referencia sólido y estable en el seno de la propia familia. La óptima predisposición de ustedes a colaborar creo que es la mejor garantía para que se puedan crear las condiciones favorables a un desarrollo integral: para ello es bueno aumentar el grado de comunicación interna en el seno de la familia, la solidez del dúo parental, las áreas de expansión social y, también, de diversión lúdica. Si creen que estas consideraciones pueden ser útiles, posiblemente nuestra colaboración podrá serlo igualmente en un futuro próximo.*

Otro caso claro de delegación lo constituye el que relatan Manfrida y Melosi (1996), en el que el posicionamiento del terapeuta se resuelve con una negativa inicial al tratamiento.

Una joven madre de veintiocho años llega enviada al psiquiatra con una indicación de urgencia por una amiga psicóloga. En la entrevista aparece bastante deprimida, con intensa ansiedad, sentimientos de culpa (por una presunta incapacidad para criar con la propia leche una niña de pocos meses), insomnio, ideas autolesivas y de daño para la hija. Llama la atención en particular la petición incongruente, dado que ha sido derivada a un médico psiquiatra, de no tomar medicinas, justificada con el hecho de que no soportaría la interrupción del amamantamiento, experiencia para ella extraordinariamente gratificante y absolutamente indispensable, hasta el punto de verla como el objeto del embarazo: su leche puede ser mala, pero tener la niña al pecho es para ella, más que un deber moral, una experiencia irrenunciable. El marido, que la acompaña, insiste inútilmente en la suspensión del amamantamiento, que ya va por el quinto mes, y después se conforma pidiendo al psiquiatra que haga lo que pueda.

La petición de esta pareja es la de que se ayude a esta señora, pero sin medicamentos, en un tiempo tan breve que no permite profundizar en las problemáticas individuales, de pareja o de familia, con el objetivo de eliminar el síntoma. Se trata de una estrategia de delegación, que persigue volver hiperactivo al terapeuta, probablemente destinada a transformarse en una delegación para el fracaso.

Frente al requerimiento paradójico o, si queremos, a la delegación para el fracaso, presentada por la petición de curar a la paciente de la depresión sin darle fármacos y sin psicoterapia, la respuesta del psiquiatra fue la de comprensión, pero

de rechazo de intervenir. Se le dijo que la preocupación por los otros que impedía a la señora curarse (para no suspender el amamantamiento) y le daba también una especie de altruista satisfacción, demostraba en realidad que ella no quería reconocer un estado de enfermedad”.

Algunos días después la paciente telefoneó, aceptando una terapia farmacológica. Cuando los síntomas más inhabilitantes empezaron a remitir se le indicaron dos posibles caminos: el primero seguir en su posición pasiva, el segundo emprender una psicoterapia, eventualmente individual, de pareja o de familia.

### **Colusión:**

Puede definirse la colusión como una alianza con otra persona o institución en detrimento de una tercera. En el ámbito psicoterapéutico esta situación no es infrecuente, sobre todo cuando son los familiares de un paciente “designado” quienes presentan la demanda de ayuda que, muchas veces no es otra cosa que la demanda de un diagnóstico y un tratamiento (coercitivos) no precisamente terapéuticos. En estos casos la terapia sistémica, con muy buen criterio, incluye en la terapia o “tratamiento” a demandantes y demandado para diluir con este planteamiento el efecto colusivo. Generalmente la demanda colusiva lo es en perjuicio de una tercera persona distinta del demandante, pero puede darse el caso, como tendremos ocasión de ver en el segundo de los ejemplos, que el demandante, sin darse cuenta, entre en colusión consigo mismo. Vamos a considerar pues los dos casos separadamente.

#### **a) Colusión en perjuicio de un tercero**

El caso que vamos a analizar aquí viene protagonizado por la madre adoptiva de un chico, al que llamaremos Ricardo, que en el momento de los hechos tenía 23 años. Por razones profesionales, el terapeuta anteriormente había trabajado de psicólogo escolar, el conocimiento del chico se retrotraía a la edad de 6 años en que fue adoptado. En aquel momento, Ricardo, que hasta entonces había estado acogido en una institución pública, presentaba un notable retraso evolutivo, tanto a nivel cognitivo como psicosocial y un lamentable estado físico. Su inserción en la escuela fue muy problemática y su aprendizaje escolar muy dificultoso. Con el paso de los años y un trabajo de seguimiento reeducativo Ricardo fue mejorando en todos los aspectos, aunque persistía una personalidad algo infantil, una emotividad impulsiva e inmadura y un desarrollo cognitivo medio-bajo dentro de la normalidad. Los cuidados de los padres consiguieron que desarrollara los hábitos de higiene y cuidado personal, vistiera incluso con elegancia, y ayudara a su padre en un oficio de tipo manual.

Todos estos avances psicosociales habían propiciado que la asistencia psicológica ya no fuera necesaria, de modo que el terapeuta había perdido el contacto con la familia desde hacía casi siete años. En estas circunstancias una llamada hecha al domicilio particular a las 8.20 de la mañana solicitando una entrevista con carácter

de urgencia, acompañada de lloros y manifestaciones de extrema preocupación por parte de la madre, como la de llevar cuarenta y ocho horas sin comer ni dormir, alarmó al terapeuta, el cual accedió a verla inmediatamente. Ya en la sesión la madre explicó el motivo de su intensa preocupación.

Dos días antes Ricardo había protagonizado una escena de violencia. Unos vecinos discutían en la calle a propósito de un aparcamiento. Las reyertas entre estos dos vecinos venían siendo últimamente frecuentes y Ricardo los observaba a través de los cristales. Su paciencia se había ido agotando hasta el punto que, aquel día, dirigiéndose a ellos e increpándoles desde la ventana les lanzó dos macetas -sin intención de darles- llamándoles “hijos de p...” y cominándoles a tomar las de Villadiego. La madre se asustó por esta explosión de violencia de su hijo, que encontraba exagerada y desproporcionada, y empezó a preguntarse si se había vuelto loco. De modo que la demanda de la madre se concretó en estas dos preguntas dirigidas al terapeuta:

- “¿Estará loco? ¿Lo tendremos que recluir en un manicomio?”

Ésta era claramente una demanda diagnóstica. Parecería que la respuesta en un sentido o en otro es lo que la madre esperaba del especialista. Pero ¿cuál sería el efecto de una respuesta afirmativa o, en el caso contrario, de una respuesta negativa? Un episodio aislado de este tipo tampoco permitía sacar ningún diagnóstico concluyente. Como lo que era evidente era el estado de agitación de la madre, el terapeuta enfocó su intervención no en satisfacer el nivel enunciativo de la pregunta de la madre, sino en elicitar las implicaciones pragmáticas. *¿Por qué le preocupaba tanto este acontecimiento?*

La respuesta de la madre fue una exclamación acompañada de intensos sollozos:

“¡Qué vergüenza!

Sentía vergüenza del comportamiento de su hijo, que no se podía explicar sino atribuyéndolo a un ataque de locura; pero a la vez si su hijo estaba loco, esto sería un “castigo de Dios”. Un castigo de Dios ¿a quién y por qué?. A ella, la madre, y a causa de su “orgullo”. Orgullo de madre porque había conseguido convertir, en un ambiente familiar muy hostil, caracterizado por unos parientes muy exitosos tanto escolar como socialmente, a un niño casi selvático, rechazado desde el principio por casi toda la familia, en un hombrecito de bien. Y ahora se comportaba de un modo en el que ella no le podía reconocer como a su propio hijo. Su agitación tenía pues que ver no tanto con esta conducta puntual, sino con la sensación de fracaso en haberlo educado a su imagen, a pesar de no ser su hijo natural. Pero justamente, el hecho de no ser su hijo natural alimentaba la fantasía de una doble exclusión: o no es mi hijo o está loco. Precisamente, la expresión utilizada por Ricardo “hijos de p...” para recriminar a los vecinos que alborotaban en la calle, fue reutilizada por la madre (adoptiva) para recriminarle a él su conducta violenta diciéndole:

“No llames a nadie hijo de p...; porque si alguien es hijo de p..., ese eres

*tú, que tu madre (natural) lo era”.*

El (falso) dilema era pues asfixiante: o Ricardo no es mi hijo (sino hijo de p...) cuando se comporta de forma agresiva, mal hablada y egocéntrica; o bien Dios ha castigado mi orgullo, por creer que podía convertir un trozo de carbono en un diamante, solamente con mi voluntad y en reacción de envidia con los otros familiares, tíos y primos (Gráfico 5). La respuesta a la demanda se dirigió pues a explicitar este dilema subyacente y a facilitar una construcción distinta, no sólo de lo sucedido cuarenta y ocho horas antes, sino de todo el proceso de adopción, con tanto de amor y de lucha, pero también de éxitos y fracasos: un hijo, como cualquier persona, reúne en sí aspectos positivos y negativos que pueden ser vividos de forma integrada, no necesariamente excluyente.

### **b) Colusión en perjuicio del propio demandante**

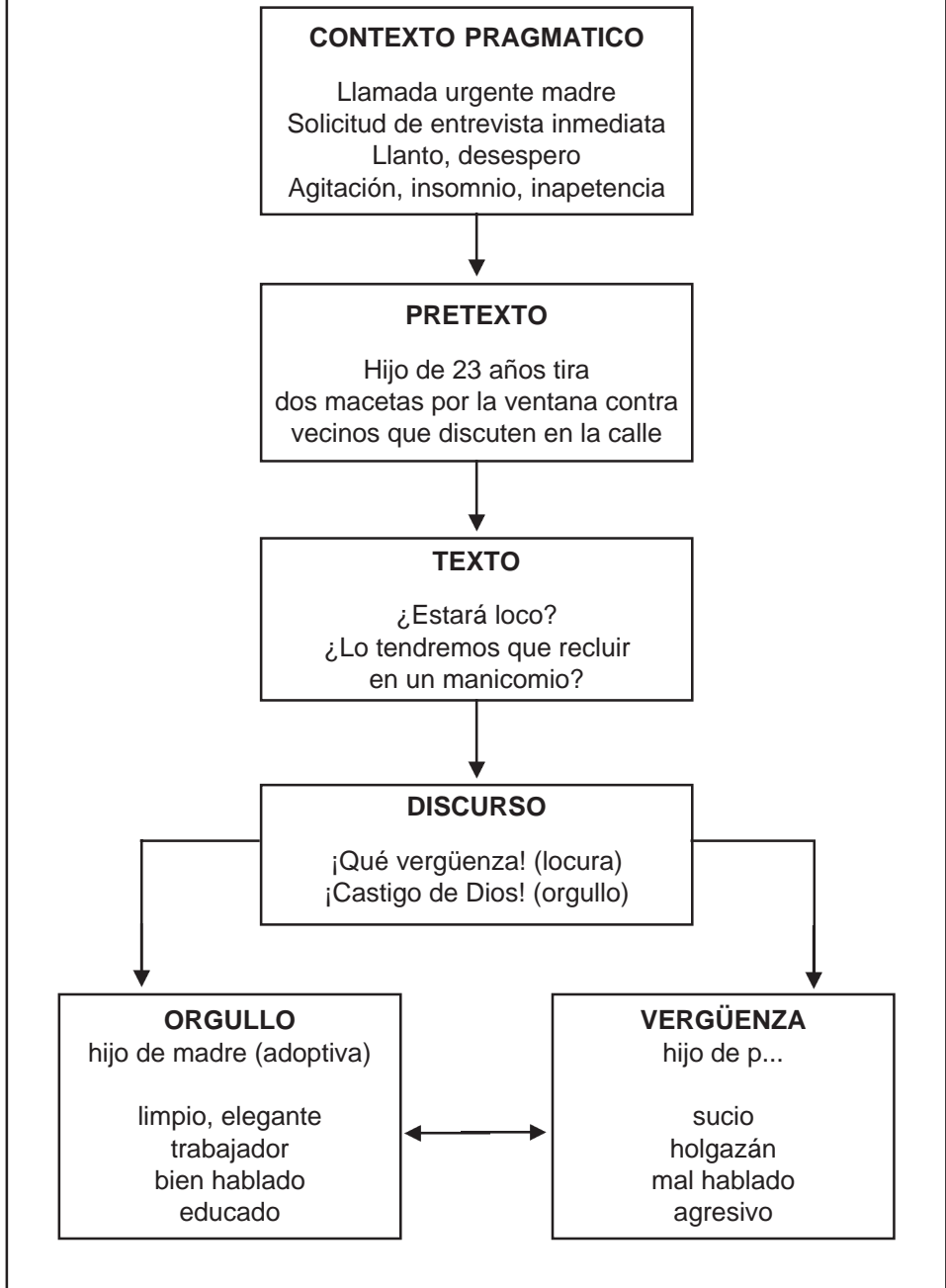
Sergio Cingolani (1996) explica el siguiente caso, donde se puede valorar el peligro de colusión en perjuicio de la propia persona cuando el objeto de la demanda lo constituye el diagnóstico. Podríamos hablar aquí de peligro de alianza del terapeuta con el paciente contra él mismo.

Valentina, una mujer de 38 años, que ya había seguido una terapia de pareja diez años antes, vuelve a presentarse con su marido en la consulta por un motivo aparentemente banal. La paciente, que ha adelgazado mucho, con los pómulos muy salidos y unas enormes ojeras, cuenta con un tono muy preocupado, que durante este último año ha padecido un molesto trastorno gastro-intestinal y que ésta había sido la causa de su adelgazamiento:

*“el dolor cuando digería era tan fuerte que me dolía tan sólo al pensar que tenía que sentarme a la mesa y a comer”. La terapia farmacológica (a base de antiácidos y espasmolíticos) había funcionado bastante bien hasta hacía dos meses. Después,... era el día de mi cumpleaños y entre los regalos había una caja de galletas. Me gustaban mucho y me las terminé en dos días. Nunca había sido tan golosa, más bien lo contrario. Y aquel hecho, no haber tenido freno, me sorprendió. Recuerdo que aquella noche, pensando en ello, me dio miedo de poder engordar: no me había controlado, podía volverme a ocurrir... y ya me veía yo gorda como mi madre. Pero por fortuna duró sólo un instante. Algunas noches después me invitaron a cenar. Me sentía bien respecto al estómago. Había un pollo con arroz buenísimo, y me lo he comí a gusto. Pero mientras volvía a casa pensé de nuevo en ello, y otra vez me volvió el miedo a engordar sin fin. Esta vez no fue sólo un flash. Desde entonces he empezado a darle vueltas y a angustiarme. Pensaba que no había ningún motivo para asustarme por la gordura y que..., es más, nunca había tan estado delgada... De repente me pasó por la cabeza la anorexia... Esta palabra me retumbaba en la cabeza..., y entonces me acordé de un episodio que vi hace algún tiempo*

Gráfico 5

**Análisis del discurso en el contexto pragmático de la demanda**



*en un reality show de la televisión. Había una chica anoréxica que contaba su historia. Usted me conoce bien, doctor..., me preocupé en seguida y no pude dormir durante toda la noche. Pero, después, al día siguiente me había pasado todo.. Una chica anoréxica que no comía. Estaba muy delgada, pero no quería comer, porque si se sentaba a la mesa entonces no era capaz de controlar, habría comido tanto, y se habría engordado sin fin... ¡Doctor! ¡Justo como yo pensaba que me podía suceder a mí! He pensado que me había cogido la anorexia. Y después me he acordado de Antonio, el amigo médico que me envió a usted hace diez años...: me he acordado que cuando aún padecía del estómago (antes de que hiciesen efecto los fármacos) me había dicho riendo que, según él, todo esto era una cuestión mental, que el estómago no tenía nada que ver y que si continuaba así podía volverme anoréxica. Pensé que era una broma... ¿Y si, por el contrario, hablaba en serio? En fin, he empezado a sentirme confusa. cada vez más angustiada...; me parecía enloquecer...; y de nuevo el pánico. No podía evitarlo...; lo sé ¡doctor! que usted es contrario..., pero he tenido que ir a leerme la enciclopedia médica..., y ¡menos mal que esta vez no me lo he creído! Allí decía que la anorexia quita el apetito. Yo en cambio no he perdido el apetito. Por favor, doctor, no me diga usted también que soy anoréxica. ¿SOY ANORÉXICA, DOCTOR?... ¡DOCTOOOR!... ¿QUE ESTA PENSANDO?*

Es evidente que en este texto la demanda está dirigida claramente a obtener del doctor, en el cual además se tiene una gran confianza por experiencias anteriores, una confirmación o desconfirmación del autodiagnóstico de anorexia. Ahora bien, ¿cuál sería el efecto de una respuesta directa a esta demanda? Con razón se interroga Cingolani en el artículo que hemos mencionado más arriba, sobre ello. Posiblemente, una respuesta directa a estos angustiosos interrogantes de la paciente no haría más que aumentar el efecto iatrogénico del autodiagnóstico. Si la respuesta fuera positiva, la ansiedad y el pensamiento recurrente sobre la patología contraída no harían más que aumentar; si fuera negativa sonaría posiblemente a falso, con el agravante de aumentar las dudas sobre la fiabilidad y sinceridad del terapeuta. ¿Qué hacer en estos casos? Como siempre, ir más allá de la obviedad de la demanda: si la paciente pide al doctor que “no le diga también él que es anoréxica”, el doctor, evidentemente, no tiene que decírselo, pero tampoco negárselo.

Para trascender la obviedad de la demanda puede resultar apropiada la estrategia de *desequilibración* que hemos descrito en la entrevista evolutiva (Villegas, 1993), que persigue mover el sistema epistemológico del cliente hacia estructuras más evolucionadas de significado, coherentes con su mundo de experiencias personales, pero distinto, al menos en su organización, del presentado por el cliente. En este último caso, por ejemplo, el análisis de la demanda puede centrarse sobre la ampliación del *contexto* en que se ha producido esta sensación de

descontrol -a propósito del cual no se afirma ni se niega si es un presagio de anorexia o bulimia, o el indicador de cualquier otra patología-, puesto que no se considera que la respuesta directa a la demanda de diagnóstico pueda tener un valor terapéutico, sino, al contrario, desencadenante de más patología.

## CONSIDERACIONES FINALES

Hemos intentado establecer sin ánimo de exhaustividad una clasificación para algunas de las modalidades más frecuentes de demanda de ayuda y las hemos ilustrado con una casuística, necesariamente muy limitada. Nuestro punto de vista nos ha sido prestado por la perspectiva discursivo-pragmática, perspectiva derivada, como se sabe, de la lingüística textual, lo que le otorga una carta de neutralidad frente a los diversos modelos terapéuticos que, si lo desean, pueden beneficiarse indistintamente de ella.

Se ha señalado que por lo general la demanda de ayuda en psicoterapia sigue, desde el punto de vista discursivo-pragmático, idénticos esquemas que la planteada en un contexto médico, razón por la cual se hace necesaria casi siempre su reformulación en términos psicológicos. Por ello nos hemos referido al demandante utilizando sistemáticamente la palabra paciente, puesto que su conversión en cliente es el efecto de un cambio sufrido desde una posición inicialmente pasiva y centrada en la queja a otra colaborativa, orientada a la exploración y el cambio, efecto que se considera ya en sí mismo un producto del análisis de la demanda.

A lo largo del artículo hemos podido comprobar cómo el análisis de la demanda resulta siempre una tarea a tener en cuenta en el decurso de la psicoterapia, particularmente en sus fases iniciales, y cómo la no evolución de la misma se erige con frecuencia en el mayor obstáculo del progreso terapéutico. Al utilizar el punto de vista discursivo-pragmático el análisis de la demanda evita convertir la interacción terapéutica en un fin en sí mismo, desplazando la atención hacia las estructuras discursivas que la fundamentan. La explicitación de los motivos implícitos en la demanda y su adecuación a los recursos psicoterapéuticos hacen del análisis de la demanda un medio para facilitar o promover el cambio del sistema epistemológico del sujeto, que es el fin de toda psicoterapia.

---

*La psicoterapia, como actividad profesional pertenece al grupo de las profesiones de ayuda. Comparte con ellas algunos aspectos comunes, a la vez que presenta aspectos diferenciales propios, entre los que se encuentra la especificidad de la demanda. Este artículo considera el análisis de la demanda desde dos perspectivas: psico-social, la primera, relativa al proceso mismo de solicitar y prestar ayuda; y pragmática, la segunda, centrada en el análisis de las modalidades discursivas, que determinan que una demanda de ayuda pueda ser entendida y atendida psicoterapéuticamente.*

## Referencias bibliográficas:

- BINSWANGER, L. (1954). Daseinsanalyse und Psychotherapie. *Zeitschrift f. Psychotherapie & Medizin*, IV, 5.
- BREITMAN, B.D. & KLERMAN, G.L. (eds.) (1991). *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatry Press.
- CARLI, R. (1990). El análisis de la demanda. *Revista de Psicoterapia*, 1, 71-84.
- CASTILLO, J.A. & POCH, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- CINGOLANI, S. (1996). Ética y constructivismo: un punto de vista relacional-sistémico. *Revista de Psicoterapia*, 25, 51-60.
- DE CLERCQ, F. (1995). *Donne invisibili*. Milano: Rizzoli.
- DILTHEY, W. (1894). *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*. En *Gesammelte Schriften*. Leipzig: Misch
- EGAN, G. (1986). *The skilled helper: a model for systematic helping and interpersonal relating*. Monterrey: Brooks/Cole
- FRANK, J. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- FRANK, J. (1990). Psicoterapia, retórica y hermenéutica: implicaciones para la práctica y la investigación. *Revista de Psicoterapia*, 1, 26-38.
- GOLDSTEIN, A.P. (1980). Relationships-enhancement methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: a textbook of methods*. New York: Pergamon.
- HOLLON, S.D. et al. (1992) Cognitive Therapy and pharmacotherapy for depression: single and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781
- LIOTTI, G & INTRECCIALAGLI, B. (1996). Los sistemas comportamentales interpersonales en la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 13-24
- MANFRIDA, G. & MELOSI, A. (1996). En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales. *Redes*, 1, 22-35.
- MARISCAL, E. (1996). De Juan con miedo, a Juan sin miedo. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 155-159
- MATURANA, H. (1996). Entrevista con Humberto Maturana (por José Hernández y Virtudes Ortega). *Síntesis psicológica*, 1, 6-11.
- MAY, R. (1972). *Power and innocence*. New York: Norton.
- MC. CLELLAND D. (1955). Methods of measuring human motivation. In J. W. Atkinson (ed.). *Motives in fantasy, action and society*. New York: Van Nostrand.
- MOLIST, M. (1996). Senyors de la ciutat. *Avui, (suplement dominical)* 04.08, 19-25
- ONNIS, L. (1990). Le sculpture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nei disturbi psicosomatici. *Ecologia della mente*, 10.
- PRATA, G. & RAFFIN, C. (1995). Curarse a través de la rabia. *Revista de Psicoterapia*, 21, 71-82.
- REVISTA DE PSICOTERAPIA (1990). *Eficacia Terapéutica*, nº 4.
- ROGERS, C. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. (1977). *Carl Rogers on personal power: Inner strenght and its revolutionary impact*. New York: Delacorte.
- ROSEN, J. M. (1953). *Direct analysis: selected papers*. New York: Grune and Stratton
- SECHEHAYE, M.A. (1958). *La realización simbólica: Diario de una esquizofrénica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- SEMERARI, A. (1991). Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 5, 5-26.
- VILLEGAS, M (1990). *El concepto de psicoterapia*. Trabajo inédito. Universitat de Barcelona
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VILLEGAS, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I): La agorafobia o la restricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-39.
- VYGOTSKY, L.S. (1978). *Mind and society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.



# INTERACCIONES PERSONALES Y PSICOTERAPIA DE GRUPO

Héctor Fernández Álvarez

Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina

*The present article focuses on different rules and systems that characterize interactions in group psychotherapy.*

---

## Supuestos básicos de la psicoterapia

La psicoterapia constituye un conjunto de procedimientos orientado a promover procesos de cambio, utilizando medios psicológicos. Dichos cambios implican transformaciones en la organización de la experiencia personal del paciente, generando modificaciones en su matriz de significados. Por lo tanto, la acción de la psicoterapia se desarrolla en el campo del lenguaje, una de cuyas propiedades sobresalientes es su carácter interpersonal. Los significados transportados por el lenguaje suponen, necesariamente, la interacción entre individuos, pues sólo es posible construir significados dentro de un marco socio-cultural. El carácter interpersonal del espacio terapéutico en la psicoterapia de grupo, otorga a este procedimiento un definido privilegio en el intento por cumplir con los objetivos generales de la psicoterapia (Alonso & Swiller, 1993; Kaplan & Sadock, 1996).

## Definiciones operativas del grupo terapéutico

1. Un grupo terapéutico está constituido por un conjunto de personas que se reúnen con el objetivo común de promover cambios terapéuticos en los pacientes que lo integran. El grupo terapéutico constituye, por lo tanto, un medio instrumental para lograr cambios en sus integrantes. Las condiciones generales del trabajo del grupo terapéutico suponen cumplir con dos requisitos:

a) Las intervenciones terapéuticas deben orientarse a promover cambios en las dimensiones que hacen a la organización interactiva del grupo, antes que sobre aspectos particulares de sus miembros..

b) El destino ulterior de las intervenciones está dirigido a promover cambios

en los pacientes; el funcionamiento del grupo terapéutico constituye un medio instrumental para lograr cambios en sus integrantes y no un fin en sí mismo.

2. El grupo terapéutico tiene 3 características principales:

Es una variante de un grupo social, en el sentido definido por Giddens: personas que interactúan con otras sobre una base regular. Es un fenómeno complejo, en la acepción de Morin. Por lo tanto se rige por los siguientes 3 principios: dialógico, de recursividad organizacional y hologramático.

Es artificial, en el sentido que constituye un artefacto, una creación técnica del equipo terapéutico, quien decide las normas de constitución (y por lo tanto la selección de los pacientes), y las normas de funcionamiento.

### **Principios de Funcionamiento**

El funcionamiento de un grupo terapéutico responde a una serie de *premisas* que regulan su conformación y se despliega a través de la *dinámica de sus interacciones*.

### **Premisas**

Corresponden a los siguientes factores: 1) la estructura, 2) los objetivos, 3) la cohesión y la movilidad, 4) el clima grupal y 5) el espacio grupal y las relaciones interpersonales.

1. Cada paciente, al ingresar a un grupo terapéutico pasa a formar parte de un conglomerado micro-social que tiene normas de funcionamiento específicas. El paciente podrá integrarse al grupo o ser rechazado por él. Logrará integrarse cuando pueda ser aceptado por los demás, pasando a compartir sus actividades y sus rituales. La incorporación no supone, sin embargo, un comportamiento pasivo de aculturación. Se trata, por el contrario, de un movimiento de dinamismo muy variable, en cuyo proceso el nuevo integrante también toma decisiones respecto de aceptar o rechazar al grupo. En cualquier caso, toda nueva incorporación modifica al grupo. Ello es extensivo a las circunstancias que rodean la salida de cualquier integrante del grupo.

2. Un grupo preserva su unidad en la medida que tiene un balance mínimo de eficacia en su tarea. La capacidad del sistema grupal de operar en función de los objetivos trazados y/o de recrear nuevos objetivos determina la continuidad del grupo como tal. Todo grupo tiende a disolverse en la medida que no puede cumplir con sus objetivos.

3. Todo grupo puede cumplir eficazmente con sus objetivos cuando logra el equilibrio tensional adecuado entre dos requerimientos funcionales complementarios: la cohesión y la movilidad entre sus miembros. La cohesión expresa el grado de reconocimiento recíproco entre los integrantes y es la base de la identidad grupal. La movilidad expresa la circulación potencial que existe dentro del espacio grupal, tanto desde el punto de vista de los contenidos como de las posiciones o roles que asumen sus integrantes.

4. El Clima Grupal define el grado de satisfacción existente dentro del espacio grupal. Traduce el estado en que se encuentran las relaciones entre los integrantes (incluyendo a los terapeutas) y ha sido comparado con la alianza terapéutica presente en la psicoterapia individual.

5. El espacio grupal puede definirse en base al sistema de relaciones interpersonales que conforman el grupo y los objetivos particulares que le sirven de referencia. (Marziali y Munroe-Blum, 1994). La cantidad y la complejidad de las relaciones interpersonales de un grupo delimitan sus acciones posibles. Mackenzie (1990) expuso sobre la incidencia del número de interacciones sobre la dinámica de un grupo. Destacó la elevada cantidad de interacciones que genera un grupo, aún cuando esté constituido por pocos miembros: por ejemplo, un grupo de siete pacientes forma un espacio en que coexisten 120 interacciones posibles. Tanto el cumplimiento de sus tareas como los conflictos potenciales dependen de esas interacciones.

### ***Dinámica de las interacciones personales en el interior de un grupo***

Como corresponde a un fenómeno complejo, no solamente las relaciones interpersonales en el interior de un grupo terapéutico son numerosas, sino que están conformadas por una gran diversidad de fenómenos. Enunciamos a continuación las más relevantes.

#### **1. Constitutivas**

Se trata de las relaciones que derivan de la formación del grupo terapéutico. Quedan determinadas por los principios generales de funcionamiento y los objetivos esperados para ese grupo. Son de dos tipos:

a) Simétricas entre los pacientes.

b) Asimétricas entre los pacientes y el equipo terapéutico.

Esta diferencia tiene un alto valor terapéutico, pues implica mucha capacidad de transferencia de los cambios ocurridos “en sesión” a la experiencia cotidiana. Ello se ve con claridad cuando se compara la tarea de un grupo terapéutico con la labor de la terapia individual, donde la relación interpersonal constitutiva es siempre asimétrica. Los cambios obtenidos por el paciente en esta última circunstancia deberán reoperarse en un espacio simétrico (a posteriori de la sesión) para consolidar el objetivo buscado por el tratamiento.

La dualidad de las relaciones constitutivas de un grupo terapéutico, lo convierten en un espacio terapéutico y cotidiano al mismo tiempo, donde cada paciente no solamente cuenta sus dificultades y trata de generar cambios sino que revive esas dificultades en el marco de la matriz del grupo y opera los cambios en el contexto de esas mismas relaciones.

#### **2. De Composición**

Se trata del conjunto de vínculos interpersonales que pueden generarse a partir del conglomerado de individuos que forman el grupo terapéutico. Dado que se trata

de pequeños grupos, existe un reconocimiento interpersonal elevado, existiendo un importante grado de individuación en todos los integrantes. Por lo tanto, todas las combinaciones entre sus integrantes resultan significativas:

- a) Díadas
- b) Tríadas
- c) Tétradas
- d) .....
- m) Del Conjunto de los pacientes
- n) De Todo el grupo

El equipo terapéutico deberá estar en condiciones de mantener un elevado grado de observación sobre las diferentes combinaciones, pues todas y cada una de ellas es relevante para explicar la dinámica del sistema y constituye un nudo posible de intervención terapéutica. Esto vuelve necesario, habitualmente, que el trabajo con un grupo terapéutico sea llevado a cabo por un equipo formado por varios profesionales: uno o más terapeutas, observadores participantes y/o no participantes y supervisores en vivo y/o en sesiones diferidas. Existe, por lo tanto, otro ámbito de relaciones interpersonales al interior del equipo terapéutico, que merece un análisis adicional. Además, suele ser de mucha utilidad registrar por medio de videofilmación las sesiones de un grupo terapéutico para facilitar la observación detallada de las interacciones presentes.

Las intervenciones terapéuticas podrán orientarse sobre una o varias de las interacciones identificadas como claves para promover un cambio. El carácter hologramático del grupo terapéutico hace que en todos los vínculos estén representados los distintos componentes de la dinámica grupal. De modo que las modificaciones producidas en cualquiera de esos vínculos, pueden generar transformaciones en el sistema total.

### 3. De Afinidad y Contraste

Las relaciones entre los integrantes de un grupo terapéutico comienzan a establecerse a partir de un mecanismo cognitivo vinculado a los procesos identificatorios que cada ser humano promueve siempre que entra en contacto con otros. La construcción significativa de la realidad es una operación de confrontación y el primer criterio utilizado es la búsqueda de semejanzas y diferencias.

Las relaciones interpersonales en un grupo terapéutico están expuestas a movimientos continuos de acercamiento y distanciamiento entre sus integrantes, lo que conduce a la constitución de organizaciones parciales, los subgrupos, que operan como mediadores y reguladores de la cohesión y la movilidad. Dichos subgrupos surgen como producto de mecanismos identificatorios en relación con contenidos vitales, actitudes o modos de afrontamiento de los conflictos que algunos integrantes creen compartir.

Tanto la afinidad como el contraste pueden ser el punto de partida de mecanismos que movilizan la conformación de estos agrupamientos, determinando

zonas de inclusión y exclusión propias del grupo. Cuando la brecha entre ambas zonas es muy pronunciada, el grupo terapéutico se ve expuesto a un conflicto que amenaza su continuidad.

#### 4. De Sostén y Cuestionamiento

Se trata de los aspectos que ejemplifican los aspectos más peculiares y específicos mediante los cuales las relaciones interpersonales de un grupo terapéutico ayudan al cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Yalom (1985) identificó a la provisión de información como uno de los factores curativos primordiales de un grupo. Las relaciones interpersonales de un grupo terapéutico son el cauce a través del cual los integrantes del grupo pueden verse posibilitados para operar nuevas formas de observación sobre el desempeño propio y del entorno. En este proceso de incorporación de nuevas perspectivas para la observación de sí mismo y de los demás, radica el núcleo de las operaciones terapéuticas que describiremos más adelante.

La provisión de información no solamente sirve como modo de amplificar la propia perspectiva, proveyendo nuevas alternativas de afrontar los problemas; también cumple la función de sostener la presencia de una ayuda recíproca. Los integrantes canalizan a través de sus relaciones interpersonales la compañía necesaria para afrontar la tarea y la tolerancia frente a las dificultades, especialmente en los momentos críticos.

#### 5. Afectivas

Las relaciones interpersonales en un grupo terapéutico están condicionadas por los requerimientos afectivos de sus integrantes, que pueden acompañar los objetivos del trabajo terapéutico, pero también pueden excederlos, generando una fuente adicional de conflicto. Los aspectos dominantes de las relaciones afectivas al interior de un grupo terapéutico giran en torno a dos cuestiones primordiales:

a) Necesidad de estimación y confirmación de los demás. El alto grado de exposición personal a que conduce la tarea plantea, para cada paciente, fuertes preocupaciones en relación con su valoración. Para poder afrontar las dificultades del trabajo terapéutico, los integrantes de un grupo terapéutico necesitan sentir un importante grado de confianza que deriva de sentirse suficientemente estimado y confirmado por los otros. Esto no implica que los sentimientos movilizados en pos de esa confirmación tengan necesariamente una valencia positiva. En muchas oportunidades, la confirmación de los otros llega al paciente por vía de la crítica o de la discusión.

b) Experiencias emocionales compartidas. Además de los juicios afectivos que cada uno emite o recibe respecto de los otros, existen situaciones que conllevan un elevado monto de emocionalidad compartida, tanto de tonalidad positiva como negativa. Estos acontecimientos microsociales significativos que pueden ocurrir en torno a situaciones absolutamente dispares, constituyen uno de los hitos que mejor marcan la historia de un grupo terapéutico. Su historia se organiza a partir de esos

eventos y suelen estar asociados a situaciones que definen el potencial terapéutico del grupo. Los mejores momentos (y también los de resolución más dramática) de un grupo terapéutico están habitualmente acompañados de esas emociones compartidas.

#### 6. Vinculadas al Cumplimiento de Roles

Los fenómenos interactivos implican, además del necesario intercambio de contenidos ideacionales, actitudinales y emocionales, la dinámica de los roles que ayudan al cumplimiento de las pautas sociales que gobiernan al grupo terapéutico. Así como los significados sólo se construyen en una matriz de interacciones, esta sólo puede desarrollarse en la medida en que se cumplen ciertos roles reguladores. Todo grupo es, además de lo expuesto hasta aquí, un espacio donde sus integrantes luchan por el poder, tratando de afirmarse personalmente por medio de la búsqueda de protagonismo y de disputas territoriales.

#### *Dinámica de las interacciones.*

Cada uno de los pacientes tiende a reproducir, desde el momento de su ingreso, el estilo habitual de interactuar que tiene en la vida cotidiana. El grupo al que se incorpora tendrá aspectos que favorecen esa disposición y otros que la dificulten. El paciente buscará entre sus compañeros, de manera consciente o no, las figuras más proclives para reproducir esos vínculos. A veces, el grupo resulta muy propicio para ello. No obstante, aunque ello ocurra, el grupo no se acomodará fácilmente a las necesidades del paciente, obligándolo a realizar correcciones en su intento. Como consecuencia, el paciente se verá forzado a modificar su disposición inicial a interactuar, lo que ocurrirá dentro de los límites en que pueda reconocer su modo habitual de comportarse. Más allá de ese límite, tenderá a desertar del intento.

Todos los pacientes actúan con ese mismo propósito, formando una red de relaciones que es característica de ese espacio grupal. Dicha red tendrá similitudes y diferencias con la red interpersonal habitual dentro de la que circula cada uno de los miembros en la vida diaria. El espacio grupal resultante favorece las intenciones terapéuticas, tanto por las semejanzas como por las diferencias que genera. Las primeras permiten el reconocimiento amplificado de situaciones interpersonales significativas a las que están expuestos ordinariamente los pacientes, incrementando sus posibilidades de autoobservación y facilitando la sustitución de las condiciones interactivas que sostienen sus problemas y sus conflictos. Las diferencias marcan la distancia que favorece las intervenciones terapéuticas, pues en ellas encuentra el terapeuta la brecha necesaria para generar alternativas y promover los cambios requeridos para ayudar a los pacientes.

El objetivo del terapeuta es operar sobre la red interpersonal que forma la matriz social del grupo. Dado el carácter hologramático del grupo, es legítimo suponer que en cualquier tramo de dicha red están representados todos los aspectos relativos a la dramaturgia que viven los pacientes. Las intervenciones podrán

dirigirse a un vínculo diádico, a una interacción más numerosa o a todo el grupo. Pero siempre actuará bajo el supuesto que los cambios que puedan producirse en dicho vínculo proyectarán sus efectos como transformaciones del sistema global, favoreciendo la mejoría de los integrantes.

Técnicamente, el dilema central que debe resolverse al trabajar con un grupo terapéutico, más allá del enfoque teórico particular utilizado por cada terapeuta, es encontrar el espacio específico más adecuado para intervenir terapéuticamente en cada momento. Ello implica un minucioso trabajo de observación sobre la manera en que se desenvuelve la trama del grupo, especialmente en relación con la posibilidad de identificar la constelación grupal más propicia para promover un cambio.

### ***Dramaturgia - Las Constelaciones Grupales***

Si la psicoterapia se puede estudiar como una forma narrativa (Hermans & Hermans, 1995), la psicoterapia de grupo tiene la forma de un drama, en el transcurso del cual, varios personajes actúan variadas historias, dentro de un determinado marco socio-cultural. Esto fue genialmente anticipado por Moreno (Montesarchio, 1994). Los intercambios que generan las relaciones entre los miembros del grupo tienen lugar en torno a núcleos temáticos que transportan las representaciones de cada integrante. Para cada miembro, sus temas constituyen unidades de su guión personal.

Los temas pueden presentar diferentes grados y niveles de superposición entre sí, tanto en relación con los contenidos como en función de los contextos que describen. Hay situaciones que son más idiosincrásicas y otras que se comparten con más facilidad. Sin embargo, existe cierta universalidad de los problemas y de los intentos realizados para resolver las dificultades, que predispone a una generalización de los roles y las situaciones presentadas. Ello permite que todos los pacientes puedan identificarse en alguno de los tramos vinculares que forman parte de los distintos temas desarrollados.

En cada momento, el grupo tenderá a ajustarse de manera espontánea a las diferentes posibilidades protagónicas que el drama permite. Cualquiera que sea su posición dentro del espacio grupal, cada paciente tendrá su rol. Cada miembro participará, cualquiera que sea la posición que ocupe, incluyendo a quien se sienta rechazado, agredido o excluido frente a una temática en particular. Por lo tanto, para cada tema, existe una posición relativa que cada paciente ocupa. El conjunto formado por todas las posiciones en relación a un tema determinado permite identificar una constelación grupal.

En el curso de una sesión, pueden exponerse uno o varios temas. Las situaciones dramáticas que pueden tener lugar podrán ser singulares o múltiples. Para cada una, existen numerosas constelaciones grupales posibles, pudiendo el terapeuta acceder a su observación de manera simultánea o sucesiva. La observa-

ción de una constelación es el punto de partida más firme para delimitar adecuadas intervenciones terapéuticas. Para observar una constelación, el terapeuta necesita seguir los siguientes pasos:

- a) situarse en un punto óptimo de observación,
- b) filtrar sucesivamente la acción del grupo, mediante el uso de paneles significativos,
- c) jerarquizar las situaciones identificadas y
- d) zonificar el tramo más propicio.

---

*En este artículo se describe el funcionamiento de los grupos terapéuticos en base a una serie de premisas que regulan su conformación y a la dinámica de sus interacciones.*

### **Referencias Bibliográficas:**

- ALONSO, A., & SWILLER, H.I. (1993). *Group therapy in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press.
- HERMANS, H.J.M., & HERMANS-JANSEN, E. (1995). *Self-narratives. The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (1996). *Terapia de grupo* (3a.edición). Madrid: Panamericana.
- MACKENZIE, K.R. (1990). *Time-limited group psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- MARZIALI, E., & MUNROE-BLUM, H. (1994). *Interpersonal group psychotherapy for borderline personality disorder*. New York: Basic Books.
- MONTESARCHIO, G. (1994). Psicodrama y cultura de Grupo. *Psicoterapia*, 18-19, 5-23.
- YALOM, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3a. edición). New York: Basic Books.



# GÉNERO E INTERACCION EN LA COTERAPIA Y EL EQUIPO REFLEXIVO.

Miguel Garrido Fernández.

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla.

*Two therapeutic modalities in the field of Family and Couple Therapy are proposed in order to facilitate the analysis of the narratives related with the gender in psychotherapy: co-therapy and reflecting team. Creating alternatives and giving opportunities to different voices seems to be a good help about delicate gender problems, better than unidirectional ways, in a field where diversity and social and cultural enrichment have priority.*

---

## 0. Introducción

Las diferencias sexuales, de género y en los roles parece que existen desde el nacimiento del “ser humano” y su contextualización en un entorno determinado. Al menos la historia escrita y la mitología nos habla de un mundo organizado en función de los sexos y fundamentado en los amores, odios, luchas, ataques y contraataques de los seres humanos sexuados (Burguière A. y cols. 1988). La gente nace como hombre o mujer, pero además llegan a ser hombres o mujeres. La psicoterapia de grupo replica muchos aspectos de las condiciones socioculturales que contribuyen a crear psicopatología y al mismo tiempo se convierte en un contexto para recrear nuevas situaciones (Lazerson y Zilbach 1993).

Desde hace tiempo, también la ciencia se ocupa de las diferencias sexuales y sus relaciones con multiplicidad de aspectos. El tema objeto de estudio ha preocupado con intensidad a los terapeutas de familia desde hace varias décadas. Sin embargo, parece que en nuestra época cada género ha incrementado sus expectativas sobre el otro (Ries y Stone 1992).

También el mayoritario número de terapeutas del sexo femenino ha influido de manera notoria en la concepción de las relaciones psicoterapéuticas (Garrido, M. 1994). Ahora bien, estas diferencias no son de por sí conflictivas, sino que más bien pueden llegar a serlo por la interpretación sostenida en atribuciones erróneas y por

el uso que de esas diferencias se haga. Parece que el sexo es una variable de primer orden en los estudios psicosociales. Los manuales de Psicología Diferencial están plagados de “diferencias”, estadísticamente comprobadas, aunque no siempre explicadas desde puntos de vistas socioculturales y menos aún desde un uso ético y político.

A los terapeutas de familia nos preocupa sin embargo, si esas diferencias producen varianza en los resultados terapéuticos. Tenemos toda una corriente de Terapia Familiar Feminista (Goodrich T. y cols. 1989; Goldner, V. 1985) que abandera la necesidad de cuestionar el “mal uso de las diferencias”.

Ser diferente requiere ir consiguiendo un sentido de autonomía, individuación y reconocimiento. Creemos que para la Terapia Familiar, o mejor dicho para los terapeutas familiares tener en cuenta el sexo y conseguir respetar las diferencias es un reto de primer orden. Bleichmar E. (1991) en su obra *“El feminismo espontáneo de la histeria”*, nos aporta una diferenciación sumamente clarificadora de los aspectos biológicos (*sexo*) y psicosociales (*género y roles sexuales*) para el tema que nos ocupa y retoma la tradicional polémica psicoanalítica en relación al género y su papel en la psicopatología. De todos es conocido que el dilema biología-cultura sigue preocupando y enmarca gran parte de las discusiones sobre el tema del género en psicoterapia.

Las mujeres y los hombres llevan a la relación de pareja diferentes experiencias, diferentes nociones de cómo se supone que deben ser, y diferentes expectativas de lo que obtendrán unos de otros (Low N. 1990). Las narrativas sobre el género son una viva expresión de puntos de vista ideológicos que en ocasiones se han convertido en diálogo de sordos por falta de rigor metodológico.

Cormier y Cormier 1991 ya destacaron la relevancia de las vivencias del terapeuta en relación a su identidad sexual como factor de una relación terapéutica efectiva. La sobreidentificación o rechazo de los clientes muy masculinos o muy femeninos, así como la seducción y la inadecuada interpretación de las reacciones de los miembros de la familia es un elemento con el que trabajamos continuamente en la clínica. Los coterapeutas no somos “seres asexuados”, aunque en ocasiones pretendamos aparecer como “ángeles profesionales”. Desde los inicios del tratamiento con parejas, las descompensaciones de poderes se convierten en un insoslayable reto del cambio sistémico. Cambio en el que juegan un papel preponderante el manejo y redefinición-reestructuración de las diferencias disfuncionales de la pareja (Whitaker, C. 1988).

Pope, K; Sonne, J. y Halroyd, J. (1994) destacan cómo la exploración de los sentimientos sexuales del terapeuta y sus reacciones es un importante aspecto del entrenamiento para los psicoterapeutas. Asimismo proponen que estos sentimientos deben distinguirse claramente de la relación sexual con los clientes. Y por último, afirman que los terapeutas no deben explotar nunca sexualmente a un cliente. Estas premisas que los autores reseñan en su obra sobre los sentimientos

sexuales en psicoterapia, tienen relación con la realidad descubierta en una amplia investigación realizada por Halroyd y Brodsky (1977) a nivel nacional en Estados Unidos con 1000 miembros de la Asociación de Psicología Americana. En este estudio se encontró que un 12.1% de los varones y un 2.6% de las mujeres reconocieron que habían tenido contacto erótico con un paciente del sexo contrario y que alrededor del 4% de los varones y un 1% de las mujeres reconocían que habían tenido contacto erótico con un paciente del mismo sexo. Estudios posteriores han confirmado porcentajes similares.

Parece que el descontento con los sentimientos sexuales durante los tratamientos es un fenómeno común para la mayoría de los psicoterapeutas. Los factores relacionados con el género tienen especial influencia en la expresión de los sentimientos sexuales. Así por ejemplo, Henley (1973, 1977) encontró que el tocamiento en las situaciones sociales y profesionales estaba muy relacionado con el género. Era más frecuente que los hombres tocaran a las mujeres que a la inversa. Halroyd y Brodsky (1977) en una investigación acerca del tocamiento en psicoterapia encontraron pruebas relacionadas con la diferencia en cuanto al género. Identificaron un subgrupo de terapeutas masculinos que diferencialmente se enganchaban en abrazos no eróticos, besos y contactos con los clientes del sexo opuesto pero no con los del mismo sexo.

Halroyd (1983) habla de que los terapeutas masculinos tienden a comprometerse en contactos eróticos con sus pacientes más significativamente que las terapeutas, y que es más frecuente que las pacientes femeninas sean explotadas sexualmente por un terapeuta. Brodsky (1977) encontró que para un terapeuta masculino el hecho de que la cliente se enamorara de él le ponía en el dilema de rechazarla o dejarse seducir por ella. Sin embargo para una terapeuta mujer, esta situación despertaba contenidos acerca de la seguridad, del temor a que el cliente perdiera el control y ella pudiera ser atacada sexualmente o tratara de perseguirla fuera de la situación terapéutica.

Otra perspectiva de la importancia del tema del género para la psicoterapia es que generalmente se da una pauta diferencial en la demanda. Según Jacobson (1991) suelen ser las mujeres en mayor medida las que solicitan la psicoterapia de pareja.

Como destacan Martínez de Velasco y Carrasco (1994) recogiendo las aportaciones de Fieldman, los problemas que impulsan a una pareja a entrar en conflicto y buscar terapia marital son a menudo, total o parcialmente, resultado del condicionamiento disfuncional de los roles sexuales.

La Coterapia, tanto de dos terapeutas del mismo sexo, como de ambos sexos, y la utilización del Equipo Reflexivo (Andersen, T. 1987, 1991; Feixas 1991), pueden convertirse en recursos técnicos eficaces para tratar las diferencias de género de una forma enriquecedora para el sistema terapéutico. Al poner en discusión las diferencias de género, tanto desde los coterapeutas como desde las reflexiones del equipo, ofrecemos a la pareja una forma menos unidireccional y

sesgada de vivir y tratar con lo distinto, que desde el nuevo sistema construido se convierte en un aspecto enriquecedor. Tanto los hombres como las mujeres podemos envidiarnos mutuamente. Al convertir las sesiones en un “continuo fluir de envidias constructivas”, todos ganamos. Yo, hombre, oigo la descripción del mundo de las mujeres coterapeutas, clientes y de parte del equipo. Esas visiones del mundo me aportan y ofrecen nuevas posibilidades o despiertan en mi rechazo a formas diferentes de organizar la vida. Igualmente ocurre desde las “voces femeninas” del equipo. El “Reflecting Team” como forma de trabajo terapéutico con familias, disipa mitos largamente sostenidos y abre dilemas y posibilidades que no atacan al sistema distorsionado de los clientes, sino que ofrece nuevas posibilidades y alternativas. El respeto por la diferencia es algo que se mide desde los sentimientos transferenciales y contratransferenciales. Las teorías ayudan a emplear recursos, pero creemos que será la actitud y vivencia profunda del propio terapeuta la que permitirá obtener máximo partido de la propia técnica de la coterapia y del Equipo Reflexivo. Como comprobaron Figley y Nelson (1989) al estudiar las características que consideraban necesarias para el ejercicio de la terapia familiar entre 429 terapeutas familiares, el ser congruente era una de los rasgos personales más valorados por los expertos, así como la calidez, autenticidad, inteligencia y el ser afectuoso. El rasgo de la congruencia tiene gran relación con las vivencias acerca del cuerpo sexuado, el género del terapeuta y su rol sociocultural.

Partiendo del presupuesto de que un adecuado tratamiento de las diferencias sexuales, de género y de rol sexual en el marco de la terapia de familia, es una garantía de buenos resultados, vamos a tratar de profundizar en la utilización de la coterapia y el equipo reflexivo como herramientas adecuadas para no trabajar con supuestos omnipotentes y “de buena voluntad”, sino con una utilización compartida en el aquí y ahora de las sesiones, de las diferencias y las visiones alternativas de la realidad del género que cada miembro de la familia y del equipo tiene.

### **1. La Coterapia como disposición a compartir el poder.**

Estamos de acuerdo con White (1994) cuando entiende la deconstrucción del relato como la puesta en escena de los conceptos culturales dominantes de conformidad como viven las personas. La externalización de las relaciones de poder cobra significado en las situaciones en las que el género se convierte en un tema de conversación. La coterapia facilita la externalización de los temas del poder. Desde el momento en que nos prestamos a trabajar en equipo, ya sea en coterapia o en grupo, se construya éste desde un modelo u otro, lanzamos el mensaje de que “no lo sabemos todo y que en ocasiones necesitamos ser rescatados”, así como la idea de que nuestro trabajo es supervisado en el momento mismo que se lleva a cabo y también que necesitamos y disfrutamos del grupo para nuestra propia eficacia y para nuestro crecimiento personal. La calidad de la relación entre los terapeutas en el equipo de coterapia determina el curso de la terapia (Roller y Nelson 1993). Ya en

1920 Adler fue uno de los primeros que experimentó el uso de dos terapeutas para tratar de vencer las resistencias en el tratamiento de niños en presencia de sus padres en el Child Guidance Clinic en Viena.

El matrimonio profesional (Keith D. 1991) establece también una distinción clara entre una relación biunívoca creada para favorecer una intimidad diferencial y una relación “observada triangular o multifacética” que es compartida y que contiene rasgos específicos.

La coterapia puede estar construida ya sea desde un modelo más igualitario de distribución de poderes o desde la subordinación. Esta subordinación puede estar fundamentada en factores económicos, de clase social, antigüedad, edad, sexo, poder intelectual, entre otros. Lo realmente importante es que una vez que se establece una dinámica de distribución de poderes, el “mini-grupo terapéutico” se convierte en un modelo de funcionamiento y sobre todo, de negociación de las diferencias o a veces de negación de las mismas. El grupo de coterapeutas y el equipo se puede convertir en un modelo de aprendizaje social (Bandura y Walters, 1980). En esta línea coincidimos con Martínez de Velasco y Carrasco (1994) cuando afirman que los terapeutas pueden ser un modelo para una relación abierta, íntima y diferenciada.

Desde nuestro trabajo con familias venimos investigando la importancia que tiene en los movimientos transferenciales y contratransferenciales la composición real del equipo. Estamos de acuerdo en que debe existir un “director de orquesta o coordinador-responsable”, que abra y cierre la comunicación del sistema formado por los terapeutas y la pareja. La decisión de quién es ese director viene dada muchas veces por una “autoridad sana” que se sustenta en criterios de formación, especialización y elección personal. Sin embargo, cuando esto no se lleva a cabo por criterios de autoridad natural, como aquella que propone y aporta seguridad, sino que viene de la lucha entre los miembros del equipo o por imposición, generalmente la dinámica se resiente. En ocasiones los sentimientos de poca valía de algunos miembros del equipo les lleva a tomar una postura “sumisa, lista para la rebeldía”, que a la larga se convierte en una lucha soterrada en la que la persona no puede sentirse apoyada ni agradecida por cualquier intervención de los colegas. También el coordinador puede racionalizar su “supuesta apertura y flexibilidad” y en los hechos impedir que los demás obtengan mayores cotas de participación. Por ejemplo, tratando siempre de decir la última palabra, desvalorizando las intervenciones de otros miembros o aliándose con subgrupos del equipo para atacar a los “rebeldes”, entre otras.

La utilización de la coterapia, tanto de dos terapeutas del mismo sexo como de distinto, tiene dos aspectos que destacan en cuanto a los beneficios para el proceso terapéutico:

a) Por un lado la Relatividad, que se refiere a la posibilidad de ver con “varios ojos” los mismos fenómenos. El enriquecimiento de las visiones permite una más

amplia construcción compartida de la realidad. El potencial de hipótesis se acrecienta significativamente. El trabajo en equipo permite mayor creatividad y variabilidad en el funcionamiento terapéutico.

b) Y por otro, la Temporalización. Es decir, la posibilidad de una supervisión que sea contemporánea y no ligada a lo que los terapeutas llevan a otro contexto o a otro momento distinto.

La Intervención Conjunta, permite un apoyo mutuo de los terapeutas, con la puesta entre paréntesis de las propias emociones y con la posibilidad de una implicación mayor de algún miembro mientras el otro permanece un poco al margen (Garrido F. M; Cobo C. y Praena, C. 1992). También se da una homogeneización de las diferencias respecto al propio ciclo vital, a la formación y al estilo personal. Estos aspectos permiten colocar a la pareja de terapeutas como un sistema fuerte y unido, frente a otro sistema igualmente potente como es la familia. Con este equipo bien conjuntado, los terapeutas pueden realizar las siguientes tareas:

- Ambos pueden hablar entre ellos comentando lo que está sucediendo en la sesión, explicitando sus puntos de vista, planteándose mutuamente preguntas. La ventaja de esto es evidente: este diálogo entre terapeutas es un mensaje indirecto para la familia que suscita su atención y que puede hacer que entre en el juego una pareja no suficientemente implicada en la terapia. En el siguiente ejemplo podemos apreciar cómo dos terapeutas del sexo masculino dialogan con una pareja en la que la mujer presentaba problemas con un juego de azar (el bingo).

*T1.- Esos días te entran más ganas de ir al bingo...*

*Ella.- Pues sí, porque me, me, es como si me rebelara yo...*

*T1.- Te sientes más sola...*

*Ella.- Exactamente.*

*T2.- Parece, es como si, si hubiera una necesidad por su parte de sinceridad, pero, tuviera miedo a ser sincera (mirando al otro terapeuta).*

*Ella.- Sí...*

*T2.- Parece que es la paradoja, ¿no?*

*T1.- ¿Cómo se puede convertir en un monstruo este hombre?*

- Los terapeutas pueden intercambiar hipótesis sobre lo que está sucediendo, lo cual puede estimular la reflexión de los miembros de la pareja. Uno de los terapeutas puede servir para verificar las hipótesis. Como afirma Keith (1991) el trabajo en equipo permite mayor creatividad y variabilidad. Siguiendo con el caso anterior exponemos otra secuencia en la que la labor de los coterapeutas se complementa y ofrece mayores alternativas. En la tercera entrevista con la pareja el discurso se refiere a la confianza y la desconfianza. La “mentira” por parte de la mujer jugadora se empieza a ver desde otras perspectivas.

*El.- Me pide permiso para ir a hacer lo que hay que hacer, ¿por qué no me pide permiso para ir al bingo?. Me lo tenía que haber pedido, no?... ya que yo soy su padre (bromeando).*

*T1.- Hombre, si les gustan esos papeles, no estamos empeñados en que los cambien.*

*E.- A mi ella no me ha pedido permiso para ir, para hacer...*

*T1.- Si a ustedes les va bien, nosotros no estamos empeñados en que los cambien...*

*El.- Para hacer esa locura...no ha pedido permiso a su padre... yo ahí...*

*T1.- Si lo que pasa es que eso ahí...*

*T2.- También los niños pequeños engañan a los padres...*

*T1.- También...*

*T2.- También, verdad... e intentan un poco aparentar ciertas cosas.*

- Los terapeutas pueden expresar su mutuo desacuerdo. Ello representa una diferencia que transmite informaciones y que puede encontrar, en la intervención final o resumen, el modo de unificar las diversas ópticas de la realidad. Los terapeutas también pueden utilizar el desacuerdo para provocar al sistema familiar o de la pareja para solucionar estancamientos disfuncionales. En la línea de trabajo de C. Whitaker la psicoterapia se convierte en un fenómeno anticultural y por este motivo es adecuado contar con un colega que ayude a evitar el precio de la despersonalización. En el siguiente ejemplo, el terapeuta toca de forma directiva el tema del rol sexual y cuestiona el papel de la mujer para abrirle nuevas posibilidades. Tal vez ésta es una opción ideológica y la excesiva directividad (tu debes...) está matizada por el tono que muestra un interés por el crecimiento de la madre como mujer.

*T1.- Lo de hacer un viaje está muy bien porque es una parte de ocio, pero quizás deberías plantearle además del viaje, el ver qué vas a hacer contigo misma, con tu propia vida, sino vas a estar toda tu vida cuidando a una hija que tiene dificultades y tu único rol va a ser ese, aparte del de esposa. Quizás tu marido pueda echarle una mano en esto. Tú que estás trabajando, ¿qué te aporta el trabajo aparte de lo económico?*

*Padre.- Me da satisfacciones, el trabajo bien hecho es gratificante, además se tienen relaciones y por supuesto está el dinero.*

Esta secuencia muestra como el tema del género es cultural y nosotros mismos mostramos nuestros estereotipos. Cuando decimos al marido “que está trabajando”, suponemos que la mujer no trabaja, y hemos olvidado que trabaja en la casa. De forma algo intrusiva queremos que piense en un cambio del “rol tradicional de mujer casada”. El diálogo con el marido supone que “él tiene que echarle una mano”, lo cual es también una concepción algo machista de la distribución de tareas. El marido tiene también la responsabilidad del cuidado de la hija y no “hace favores, sino que es responsable de su parte”. Lo importante es que nosotros como terapeutas podamos seguir dialogando sobre nuestros sesgos y permitir que la familia cuestione y profundice en los suyos para posteriormente cambiarlos si lo desean y les resulta útil. Y también en este sentido la coterapia nos puede ayudar a seguir

indagando sobre nuestras específicas concepciones de género.

-Mientras uno de los terapeutas interactúa con un miembro de la pareja en un aspecto particular, el otro recoge los feed-back del otro miembro.

En el siguiente ejemplo, tomado de una entrevista con una familia que tiene una chica adolescente deficiente y que acude a la consulta por problemas de conducta en el aula, nos muestra cómo el terapeuta puede tratar los temas del género de forma más cercana y abierta cuando cuenta con un coterapeuta con el que puede sentirse seguro y protegido.

***Madre.-** Ya empezaron los problemas a mediados del curso pasado, aparte cuando ella quiere trabaja y cuando quiere pues no; no hay una imposición de lo que tiene que hacer.*

***T1.-** ¿Usted recuerda como fue la primera menstruación suya, se ponía nerviosa?*

***Ma.-** Si, yo le he explicado lo que es la regla, que todas las mujeres nos teníamos que poner malas una vez al mes, que teníamos que manchar tres o cuatro días, que eso era una cosa natural...*

***T1.-** A mi siempre me ha llamado la atención eso de “ponerse mala”, eso es una lectura... también se podría decir es una suerte que la tenemos... de eso yo no entiendo, es cosa de mujeres, pero a mi alrededor veo cómo cada mujer lo vive, para algunas es algo dramático, se ponen realmente malas mientras que otras no. A los hombres también nos gustaría ponernos malos y poder tener hijos. Esto es algo muy cultural, ¿no cree?*

***Ma.-** A mi me aconsejó el psicólogo que cuando tuviese la regla me cambiase delante de ella, y la verdad es que todo lo que es sangrar, la higiene, etc, lo ha tomado con mucha naturalidad, lo único es que los días anteriores a la regla se pone muy nerviosa. Ahora lleva dos meses que no la tiene, a mi me ha dicho una amiga matrona que esta edad es normal, pero si sigue así tendremos que llevarla al ginecólogo...*

***T1.-** ¿Tienen ustedes miedo de que pueda quedarse embarazada?*

***Pa.-** Ahora mismo eso no nos lo planteamos, ella está continuamente con nosotros, ella no sale sola porque no entiende el peligro que tienen por ejemplo los coches, se le dice que debe tener cuidado pero ella está en su mundo.*

***T2.-** A mí me parece que Juan José (hermano mayor) ha venido un poco forzado, no dice nada...*

Como podemos ver en estas secuencias la coterapeuta mujer escucha las opiniones de la madre y del terapeuta sobre un tema de mujeres que evidentemente afecta también a los hombres. Esto es un modelo de distribución de roles y de apertura que hace que tanto la madre como la hija y el padre oigan diversas voces de forma respetuosa. La coterapeuta al recoger el feed-back de los demás miembros se percata de los gestos del hermano mayor e intenta recuperarlo para la escena.



- Los puntos ciegos del terapeuta y aquellos aspectos patológicos de cada terapeuta pueden equilibrarse. También el terapeuta puede permitirse emplearse a sí mismo y su subjetividad en mayor medida, pues cuenta con un respaldo a modo de referente de la “realidad”. La implicación existencial del terapeuta puede ser mayor cuando se trabaja en coterapia. En el siguiente ejemplo vemos cómo el terapeuta ofrece datos personales relevantes para el tema que está tratando con una pareja y sus hijos, uno de ellos una chica adolescente con deficiencia y que está hablando de la dificultad de relación con los chicos.

**T1.-** *¿Tienes amigas o amigos Lucía?*

**Lucía.-** *De las dos cosas, aunque más amigos (aumenta la risa).*

**T2.-** *... estás nerviosa...*

**T1.-** *Es que eso de los chicos le pone un poco nerviosa... a mi también me ponían nervioso las chicas, sobre todo porque en el colegio donde estudié no había chicas...y eso de la costumbre...*

En esta secuencia el terapeuta trata de empatizar con Lucía y su nerviosismo en la medida en que está en los inicios de los primeros contactos con personas del otro sexo. El hecho de contar con una coterapeuta le permite aliarse y compartir experiencias con algún miembro de la familia de una forma más productiva y protectora para el propio terapeuta.

- La coterapia contribuye a impedir que el terapeuta secuestre a un miembro de la familia como asistente terapéutico (Keith 1991). Este autor también afirma que otro peligro está en que se utilice a algún miembro como oveja negra o caballero blanco.

- Keith destaca también la importancia de la coterapia para reducir el desborde de afecto fuera de las sesiones. Existe menos probabilidad de que el terapeuta se mantenga altivo y distante durante la entrevista y vuelque su afecto afuera en una consulta de supervisión o informal con otro terapeuta, en su cónyuge o alguna persona no relacionada.

- Cuando uno de los terapeutas ha de ausentarse, la pareja cuenta con el apoyo y atención del otro. A la vuelta del miembro ausente, el trabajo sobre la ausencia enriquece tanto al equipo como a la pareja, que puede fantasear sobre una situación real que les afectó.

- En el cierre de las sesiones y en la terminación de la terapia, los coterapeutas encuentran que los sentimientos de soledad se atenúan y evitan implicarse en los intentos de “adopción o de contactos continuados” como formas de evitar el duelo. En esta línea la coterapia parece que aminora la sensación de pérdida de la familia. Nosotros solemos verbalizar en las últimas sesiones nuestra tristeza por la terminación y también la alegría y contento por el hecho de que no nos volveremos a ver. Cuando se trabaja en coterapia resulta muy gratificante poder vivenciar sentimientos tan variados y observar cómo la familia también nos devuelve cosas que sintieron a lo largo del tratamiento. Recuerdo una familia que cuando les decía que

“me sentía triste porque se tenía que terminar, pues habíamos compartido momentos importantes, y bromeando también les decía que perderíamos clientes”, en ese momento la madre nos dijo: “no se preocupen nosotros les enviaremos más clientes”.

En líneas generales, la **coterapia** permite:

1. Ampliación de las potencialidades.
2. Valoración de las diferencias.
3. Participación.
4. Corresponsabilidad.

Algunas de *las desventajas* más conocidas en el uso de la coterapia son:

- La lucha por el liderazgo en la sesión y el sentimiento de desplazamiento entre los terapeutas (Roller y Nelson 1993; Whitaker 1989, Martínez de Velasco y Carrasco, 1994). Estas luchas pueden tomar formas diversas. Así por ejemplo, los terapeutas pueden competir por el título del “mejor terapeuta familiar”. También pueden competir por aparecer ante los clientes como el “más bondadoso”. A veces uno de los terapeutas no mira durante toda la sesión a su coterapeuta o invalida los comentarios de éste de forma clara o sutil. También nos parece importante destacar como hacen Martínez de Velasco y Carrasco el extremo contrario, es decir la evitación de los problemas de competición que llevaría a la trampa de la fusión. En este caso tendríamos una pareja de coterapeutas muy similar a las “parejas simbióticas” que vemos en la consulta que no muestran la más mínima discrepancia, ya que ellos significaría romper la confusión psicótica en la que están inmersos.

- Confusiones y falta de comunicación. Son dos situaciones que pueden darse con frecuencia. Los clientes pueden verse inmersos en dilemas que provienen de la falta de acuerdo de los terapeutas. Por ejemplo en el tiempo empleado en la sesión, en la necesidad de guardar silencio ante el dolor o en algún detalle referente a la conveniencia o no de cambios del contexto. Las metas distintas con respecto a la terapia suelen confundir a los clientes y paralizar el proceso de cambio. Gran parte de los bloqueos en la comunicación entre terapeutas provienen de sentimientos transferenciales y contratransferenciales que pueden aparecer en el material que se despierta en el contacto con la pareja y que son similares a los conflictos que viven los coterapeutas.

- Falta de congruencia entre los coterapeutas. En general los terapeutas deben estar de acuerdo en cuanto al diagnóstico y la severidad de la enfermedad de cada cliente. Si existen diferentes concepciones y metas, los clientes se pueden encontrar con mensajes incongruentes.

- Es más cara para los clientes y se encuentran más problemas para fijar los horarios con una familia entera (Keith 1991).

En la literatura sobre terapia de pareja (Cornwell y Pearson, 1981; Papp, 1983) se suelen recomendar equipos de coterapia heterosexuales que puedan evitar la triangulación en la terapia. Desde nuestra experiencia con diferentes combinacio-

nes, creemos que ciertamente la presencia de dos coterapeutas de diferente sexo facilita las tareas de modelado y aprendizaje. Sin embargo, también venimos observando que más que el sexo de los terapeutas, el trabajo se realiza a nivel de género, y de roles sexuales. Los cambios que desde nuestro sistema terapéutico podemos realizar sólo son posibles con respecto al tratamiento de las dificultades de identidad de género y con la distribución disfuncional de los roles sexuales.

Desde este punto de vista, nos parece más importante la “flexibilidad” y autoconocimiento de los terapeutas que el sexo biológico. Es decir, sin llegar a un análisis prolongado que trate la construcción de la personalidad desde sus orígenes, sí es cierto que es necesario que los terapeutas puedan hablar abiertamente de sus temores, idealizaciones y de las dificultades en cuanto a su género y sus roles. Si esto no es posible, los clientes se encontrarán bloqueados ante terapeutas que “tratan de dar una imagen y mantener el tipo”, más que ante seres humanos con sus propias ambivalencias.

A continuación trataremos dos temas: *el miedo y la envidia* como sentimientos relevantes relacionados con los temas del género en el contexto de la coterapia.

### **1.1. Miedos y luchas en la coterapia.**

Formar pareja en coterapia despierta sentimientos diversos que han de elaborarse y tratarse para acrecentar la eficacia del equipo. ¿Quién manda aquí?, ¿Quién tiene el papel de “malo-confrontador” y quién de “bueno-empático”? ¿Este compañero o compañera es mi colega, mi amante, mi marido, mi esposa, mi hermano, mi rival...?. Algunos de estos interrogantes simbólicos pueden llegar a transformarse en una realidad paralizante. Roller y Nelson (1993) creen que uno de los bloqueos mayores que se puede dar en el ejercicio de la coterapia está en los juegos de competición que se establecen entre los coterapeutas.

Desde el momento en que dos colegas de sexo masculino se disponen a ayudar a una pareja heterosexual, los papeles “masculino-femenino” empiezan a moverse entre ellos. En líneas generales, “tres hombres versus una mujer” o “tres mujeres versus un hombre” hacen muy difícil una salida exitosa.

Es muy difícil que una mujer pueda beneficiarse de la mirada de tres hombres, aún cuando esta pueda ser de aceptación y ayuda. En un contexto sociocultural “machista” la coterapia “masculina” en principio puede vivirse como un choque. Sin embargo, nuestra experiencia nos ha ido mostrando que lo que en principio es un inconveniente, puede transformarse en una experiencia correctora de incalculable valor. Siempre que los coterapeutas estén dispuestos a trabajar con sus propios fantasmas respecto al sexo, al género y a sus roles, las puertas para la mejoría están abiertas. Como diría Whitaker (1989), “bailar juntos”, lo que supone no ser “pornográficos, sino dar nuestras propias opiniones y dejar que los pacientes elijan las suyas. El terapeuta como ser humano es fundamental (Villegas 1994). No creemos que podamos trabajar como “mecánicos del sistema” sin cambiar al mismo

tiempo con él (Maruyana, 1963).

Los terapeutas pueden verse cuestionados en su género a través del relato de la pareja. En ocasiones en las que la lucha de poder es evidente entre los miembros de la pareja, los terapeutas no pueden permanecer inactivos como meros observadores, pues a fin de cuentas son parte del contexto sociocultural. Ese ser capaz de caminar por la cuerda floja como terapeutas nos permite dejarnos llevar por las versiones diferentes y en ocasiones contrapuestas que nos traen los clientes. El relato de la pareja es una construcción de la realidad histórica pasada y proyectada al futuro que engloba a los terapeutas que oyen, juzgan y se posicionan con respecto a las diferencias de género.

*“Así por ejemplo, si una mujer que presenta un problema de adicción al juego dice: “Juan no me saca...”. Nosotros utilizando el reflejo y la confrontación podemos decirle que “es lógico que no le saque, pues “pesa bastante y andar con ella a cuestas por las calles de Sevilla debe ser bastante complicado...”. De la misma manera, cuando el marido afirma que “No puede confiar en esta mujer, porque es la cuarta vez que le engaña...”, nosotros le podemos preguntar si toda la confianza del mundo que él necesita depende de su mujer... Nosotros creemos que la confianza no se gana o se pierde de una vez para siempre y además nos parece que Juan puede tener confianza en más personas de su entorno que le apoyen y le ayuden a confiar en un mundo a veces algo frustrante...”*

Como podemos apreciar ante afirmaciones que nosotros consideramos como irracionales, los coterapeutas reflexionamos devolviéndoles nuevas visiones, aportando más alternativas a la vez que con el sentido del humor creamos un contexto menos restrictivo y proponemos la posibilidad de cambiar las ideas irracionales.

La ilusión de permanecer como seres “asexuados-técnicos” no sólo no ayuda al proceso terapéutico, sino que lo paraliza. Por desgracia no podemos abstraernos de la temática del género. La coterapia es un medio excelente para desdoblarse los papeles y compensar los propios puntos ciegos de cada terapeuta. Si partimos del pensamiento freudiano de la “bisexualidad” congénita, tendríamos que decir que nuestro poder terapéutico para tratar los temas asociados al género es infinito. Sin embargo, esa bisexualidad congénita dará sus frutos siempre que los coterapeutas se permitan profundizar en los roles sexuales asignados por su propia cultura y en qué medida éstos le ayudan a comprender a sus clientes. En esta línea estamos de acuerdo con Whitaker (1989) cuando habla del “rol profesional en evolución” pues nos indica la estrecha imbricación entre el crecimiento de los clientes y de la familia y de los propios terapeutas.

Cuando la cliente antes mencionada relata que su “marido la saca a pasear” y él habla de “que no le hace caso y que se le porta mal”, nuestra actitud no puede ser la de aceptar esa distribución disfuncional de roles. Como coterapeutas masculinos nos ponemos en el lugar de esa mujer que admite sin críticas que “ella vive para el marido”. No podemos aceptarlo porque creemos que la sintomatología que presenta

es un signo de una distribución disfuncional de roles, además de otros factores históricos de su propia familia de origen. Tendríamos que afirmar como se hace desde los modelos feministas que lo *“lo personal es político”* (Gilbert, 1980).

Analizar las partes masculinas y femeninas de nuestra propia personalidad significa entrar a revivir las aportaciones de nuestras más tempranas triangulaciones. Nos parece una ilusión vana, que se diga que se puede ayudar en los temas del género y sus componentes asociados, sin antes trabajar con la familia de origen (Garrido y Espina, 1995). A fin de cuentas, la individuación de los coterapeutas pasa por la diferenciación en el sistema familiar de origen (Bowen, 1991), en cuyo proceso la temática del género es un pilar básico.

Nos parece que el baile “de los inconscientes” de ambos sistemas, pareja y pareja de coterapeutas, es el que permite un enriquecimiento y sobre todo, la aceptación profunda de las diferencias, lo cual no quiere decir que se deba estampar la firma sobre la adecuación de los estilos de relación. Es decir, constantemente en coterapia de pareja nos movemos en dos registros paralelos. Por una parte, jugamos a intercambiar clichés de género y por otra defendemos, disfrutamos y competimos con el nuestro propio.

Si disfruto de mi género y soy capaz de dialogar sobre los pro y contras de los roles sexuales que nos asignaron, permito a la pareja dialogar sobre sus luchas de género sin sentir que los terapeutas les juzgan o le imponen una visión “sociocultural” específica sobre los mismos.

## **1.2. La envidia de los géneros como motor de la ayuda terapéutica.**

Las diferencias desde el punto de vista biológico y sociocultural son evidentes. Sin embargo, lo que bloquea el enriquecimiento mutuo es el estancamiento en la envidia disfuncional. Si como coterapeutas mutuamente nos envidiamos, deseando tener cualidades que el otro tiene y permitiéndonos mejorar en cada encuentro, los clientes por modelado aprovecharán estos recursos. Si la pareja de terapeutas entra en una lucha de “tintes fálicos”- entendiéndolo por tal, la lucha por el poder y no sólo desde la distorsionada visión “machista” del freudismo más radical (Schafer, 1992; Garrido, 1994)- repiten de esta forma, la dinámica que con mucha frecuencia presentan las parejas que acuden a pedir ayuda.

Las luchas entre los terapeutas pueden llegar a ser muy sutiles. Es necesario revisar los gestos, el tono, las miradas, para percatarse de que en verdad existe una desvalorización del otro en algún aspecto. Si estos factores no salen a la luz, la ayuda terapéutica se verá sensiblemente mermada.

Uno de los terapeutas puede no entrar en discusión productiva con el otro por temor a ser rechazado o a agredirle. Este mismo temor puede ser el que presenta la mujer con respecto al marido. De esta forma se crean alianzas cruzadas de sumo interés que sirven para emparejamientos transitorios del grupo de los cuatro, que son útiles mientras dura la terapia, pero que al romperse confirma que no cambió nada

en la dinámica de la pareja que pedía ayuda.

En otros casos, ambos coterapeutas pueden someterse a un marido directivo y autoritario. De esta forma, permiten que la dinámica disfuncional perdure y de alguna forma los terapeutas pueden encontrar “aquel padre activo que nunca tuvieron”. En ocasiones, los tres hombres de un sistema formado por terapeutas-marido, pueden quedar seducidos por una mujer que domina la escena y que por su temor profundo al encuentro con los hombres aprendió a sortearlos de forma exitosa sin comprometer su intimidad.

En general, las sutilezas de los juegos de género nos hacen reflexionar sobre la importancia de estar atentos a los sentimientos contratransferenciales para saber, guiándonos por nuestros propios sentimientos, cuales son las formas específicas de cooperación de la pareja.

Los temores homosexuales de los propios coterapeutas pueden verse acrecentados ante un hombre atractivo que eligió una mujer fría y deprimida. Concienciar estos aspectos nos sirve como guía y a la vez ayuda a planificar con el grupo ciertas estrategias. Desde nuestra práctica cotidiana nos vamos convenciendo de que el tema del género y la coterapia supone una actitud de gran apertura y la asunción de ciertos riesgos personales. Al final del camino, la meta es el crecimiento personal. No existen recetas sobre los géneros, simplemente oír las ideas y sentimientos que brotan al ponerse delante de hombres y mujeres de forma que esos mensajes no cieguen la comprensión del discurso de la pareja.

En cuanto a la envidia de los terapeutas hacia los pacientes, creemos que permitirse verbalizar esa envidia de forma positiva nos hace más humanos y además técnicamente supone utilizar la afirmación de la capacidad de los clientes de forma efectiva (Rojí, 1987). El trabajo de los terapeutas con sus propios sentimientos de soledad y con las envidias puede permitir a los terapeutas disfrutar en mayor medida de los aspectos positivos de todas las parejas. En esta línea las aportaciones kleinianas sobre los sentimientos de gratitud (Klein, 1988) suponen un reto en cuanto al disfrute de las diferencias de sexo como superación del estancamiento en la envidia primaria. El discurso de las diferencias está sustentado en la vivencia de los sentimientos de envidia de lo que “otros tienen que yo no tengo” y en la correspondiente interpretación o lectura que cada persona hace de esa diferencia. En ocasiones la mujer interpreta la diferencia con su marido como una “injusticia de la humanidad” y sin embargo ella colabora en la diferencia sin percatarse de ello. A veces, el marido que ha perdido su trabajo y bebe en exceso no soporta que su mujer tenga el preciado objeto de su deseo que es el empleo, no pudiendo disfrutar de los bienes que su mujer gustosamente comparte con él. Independientemente de las lecturas políticas de las diferencias en los roles sexuales, creemos que el discurso sobre el género contiene elementos muy profundos en relación a movimientos donde la envidia es un motor importante y no sólo en la dirección clásica propuesta por el psicoanálisis ortodoxo, que veía estos movimientos desde la óptica del “poder

masculino como superior” (Garrido, 1994).

Esa expresión del disfrute de las diferencias no se hace de forma reglada, sino que se puede apreciar en el rostro de los terapeutas y en la forma de oír mientras los miembros de la pareja hablan. La escucha y presencia no es sólo reaseguradora para los clientes, sino que los terapeutas reciben muchos “regalos desde el discurso de los clientes”. Si nuestra envidia nos impide disfrutar de esas aportaciones, las negamos y no las devolvemos a los mismos.

Ser coterapeuta supone ser primero un “terapeuta hombre-macho, masculino o femenino, y ejercer un rol masculino-o femenino”, y ser un terapeuta-mujer-hembra, supone también tener rasgos del género masculino-femenino y ejercer roles masculinos o femeninos. Pero además, poner en común estos rasgos y estar dispuestos a dialogar con otros/as terapeutas mujer-hombre-masculino-femenino-con roles diversos.

Ser flexibles en la comprensión de los géneros significa para nosotros ser capaces de enriquecerse de las diferencias. Para llegar a esto, antes los terapeutas tienen que tener una identidad de género formada y sobre todo, disfrutar de la misma. Si esto no se da, difícilmente podrá tratar estos temas. Ocurrirá que pretenderá hablar y tratar a sus clientes como si fueran personas asexuadas y encontrará que su envidia crece a cada movimiento que realice.

## **2. El Equipo Reflexivo como espejo de las diferencias de género.**

El término “Reflecting” (Reflect), podría entenderse de dos formas diversas terapéuticamente hablando. Por una parte, como “Reflexión”, que ha sido la traducción al castellano de la obra de Andersen y por otro lado, como “Reflejo”. Nos parece que tanto la reflexión como el reflejo son aspectos importantes de la labor terapéutica que se puede realizar con esta modalidad. El Equipo crea alternativas a través de reflexiones, pero al mismo tiempo refleja las propias de la familia consiguiendo así fomentar la empatía y aceptación de las realidades en las que vive.

En líneas generales el Equipo Reflexivo consiste en que la sesión es dirigida por un terapeuta mientras que el resto del equipo observa detrás del espejo bidireccional. En un momento de la entrevista, que suele ser aproximadamente alrededor de unos 20-30 minutos, las luces de la sala se encienden y el terapeuta y la pareja o familia oye los comentarios o reflexiones de los miembros del equipo. A continuación, el terapeuta dialoga con la pareja sobre esos diálogos. Es decir son diálogos sobre diálogos. Esta forma de trabajar utilizada de forma casual por Andersen y su equipo en Noruega, supone un cambio importante en la forma tradicional de trabajo en terapia sistémica (Garrido, 1995). En el grupo originario de Milán y en gran parte del trabajo sistémico con familias, el poder del equipo estaba en la construcción de hipótesis más o menos certeras sobre la dinámica familiar y en la prescripción de tareas y rituales. A diferencia de esta modalidad, el Equipo Reflexivo pretende acentuar el proceso de construcción de realidades

alternativas en una línea más acorde con las nuevas teorías constructivistas. Tanto Cecchin (1987) como algunos otros miembros del originario grupo de Milán, han evolucionado también hacia posiciones más constructivistas, acentuando los aspectos de curiosidad e irreverencia en la psicoterapia.

Desde un punto de vista de la teoría constructivista (Watzlawick y otros, 1993) en terapia familiar, esta forma de trabajar parece más respetuosa hacia el proceso de construcción de realidades de la propia familia. Los terapeutas no tienen la verdad o una hipótesis certera sobre lo que ven y oyen de sus clientes, sino que reflexionan con el fin de ayudar a encontrar nuevas alternativas (Sluzki, 1983).

Uno de los aspectos que más impresiona en la modalidad del Equipo Reflexivo es el esmerado respeto del equipo por la pareja y sus concepciones. Los terapeutas se convierten en procesadores de información, que tratan de que los clientes no detengan los procesos de interrogación. Siempre es el cliente el que busca sus claves, claro está con la ayuda del grupo. Las preguntas que realiza el terapeuta que trabaja con un Equipo Reflexivo pretenden fomentar la creación de alternativas. Así por ejemplo, ¿quién fue la persona que primero tuvo la idea de venir aquí?, ¿quién segundo...?, ¿A quien le agradó más esta idea?...etc. Las preguntas sobre el problema tienden a establecer diferencias y a favorecer la creación de graduaciones en el mismo.

Con este estilo terapéutico, el tema de las diferencias de género pueden aparecer en el sistema de una forma mucho más rica y diferenciada. Plantear las diferencias de género como dilemas socioculturales relacionados con los problemas que presenta la pareja y a la vez hacerlo de forma creativa como se propone desde la metodología del equipo reflexivo, supone un ejercicio de autoconocimiento y respeto al otro de suma valía. Por nuestra experiencia con esta modalidad de trabajo y por la observación realizada en el contexto clínico del Berkshire Medical Center, departamento que dirigió hasta el año pasado, el profesor C. Sluzki, creemos que es un recurso potente para tratar las diferencias de género de forma funcional y enriquecedora (Garrido, 1995).

Pakman (1994) resume en un lenguaje orientador las aportaciones fundamentales del modelo sistémico constructivista:

1. Mantener un bajo nivel de hipotización y de apego a las hipótesis.
2. Promover circularidad en acción.
3. Validar múltiples voces.
4. Promover una atmósfera de connotación positiva.
5. Operar con apertura, unificando lenguajes.
6. Utilizar el pasado para organizar el futuro y abrir alternativas deseables.
7. Generar “eventos” durante el encuentro terapéutico.
8. Una posible organización del tiempo en “momentos” del encuentro terapéutico:
  - a. Organizar la consulta.



- b. Organizar el problema.
- c. Tensionar las historias dominantes.
- d. Promover un cambio de dominancia en las historias.
- e. Transformar los problemas en dilemas.
- f. Consolidar las nuevas dominancias.

9. Criterios o parámetros de validación de las historias que co-desarrollamos en nuestra práctica:

- a. Pragmático
- b. Ético.
- c. Estético.
- d. Político.

Cuando el equipo reflexiona la pareja oye versiones muy dispares presentadas como experiencias personales y recibe también dilemas y alternativas que no está obligado a aceptar, sino que son propuestas como reflexiones. Nos parece que en un tema tan delicado como el que nos toca, donde las envidias, celos, falta de respeto, e incluso la violencia hace su aparición, el grupo de reflexión ejerce un poder muy grande como contenedor y como modelo variado de la realidad multifacética que nos rodea. El propio terapeuta se siente más arropado y renuncia a un poder unipersonal y bisexual. Es decir, el terapeuta cuenta con una “microsociedad” representada por un Equipo de Reflexión que presenta de forma respetuosa y creativa distintas visiones y alternativas de la realidad. Tanto él como los pacientes pueden elegir aquellas que cuadren mejor con sus deseos de cambio o sus resistencias. En esta línea la propia idea de resistencia pierde fuerza, ya que los miembros del equipo están más atentos a los procesos de cooperación que a las a veces sobredimensionadas “resistencias” (De Shazer, 1992).

Presentar un criterio único sobre las diferencias sexuales sería muy pretencioso e irreal. Desde la literatura especializada, tanto psicoanalítica como sistémica, las versiones y visiones de la realidad de los terapeutas y su género y sus relaciones con los clientes no son únicas. Merece destacarse en este sentido la ya larga polémica en Psicoanálisis respecto a la feminidad, especialmente las divergencias de las teorías planteadas por K. Horney y H. Deutsch. Asimismo en Terapia Sistémica es conocida la divergencia entre las opiniones de los autores de la escuela de terapia familiar feminista y los de las escuelas estratégica y estructural. En ambos ejemplos nos parece que el error estuvo en pensar que existía una verdad sobre el género aplicable a todos los casos. Los sistemas humanos son a la vez sistemas generadores de lenguaje y significado (Anderson y Goolishian 1991). Para estos autores el sistema social es producto de la comunicación. El hecho terapéutico es un acontecimiento lingüístico y que tendrá lugar en lo que ellos denominan conversación terapéutica. El terapeuta es un observador participante y un organizador de la conversación. La conversación tiene como fin favorecer la aparición de lo “no dicho”. El lenguaje del terapeuta debe ser co-operativo y de respeto.

La escucha sobre las diferencias de género creemos que deben hacerse siempre con un interrogante planteado como dilema: ¿es una diferencia que se propone como un derecho y disfrute de la relación, o es una diferencia que se propone y vive como un ataque e invasión de los derechos del otro?. Desde este punto de vista, nos parece que es importante estar muy atentos a no caer en posiciones “esquizo-paranoides” (machismo-feminismo radicales), que evitan constantemente la “pena por lo que no tenemos y el disfrute de lo que tenemos y además de lo que podemos compartir con el otro-a como ser sexuado”. El sufrimiento mayor de los luchas de género está en el sentimiento de “pérdida y de energía gastada inútilmente en la lucha con los fantasmas”, mientras el otro-como persona se difumina.

El terapeuta que trabaja con el Equipo Reflexivo expone sus puntos de vista, arriesga y admite el desafío del cambio en él mismo. Lo más importante como nos recuerdan Anderson y Goolishian (1991) es que la integridad de los clientes nunca será desafiada. En esta misma línea Andersen (1991) destaca como las reflexiones del equipo han de ser “inusuales” pero no tanto que cuestionen o dañen la integridad de las familias.

## **2.1. Algunas secuencias de Equipo Reflexivo y el tema del género.**

A continuación vamos a resumir algunas secuencias en las que podremos apreciar cómo las reflexiones del equipo tratan el tema del género.

En la primera entrevista con un matrimonio, formado por Andrés de 47 años y Josefa de 45 y dos hijos, María de 11 y José de 12, se presenta la intervención del Equipo. Tras el diálogo del terapeuta con la familia que duró aproximadamente unos treinta minutos interviene el equipo. La sesión transcurrió en diálogos acerca de la historia del alcoholismo de Andrés y la pérdida de su situación laboral.

*Equipo:*

*T1.- La primera reflexión es qué hago yo aquí con un montón de notas en un papel, a lo mejor me da miedo decir o expresar cosas, de tantas cosas que he oído, no?. Y tendría como la necesidad de controlarlas y escribirlas. Entonces, voy a tirar el papel, no lo voy a mirar... Por una parte a mi me ha impresionado esta familia, no?. Sinceramente no me ha parecido mal lo de normal, lo digo con orgullo. Que uno vea a una familia que no es normal significa que es una familia distinta. A pesar de que tienen dificultades tienen aspectos muy positivos. Entonces esto me ha llamado la atención a mi mismo. Por un lado oí un discurso como que el alcohol es malo y una persona que usa el alcohol y al final ella, Josefa ha dicho que ella tomó pastillas y también se quiso quitar la vida, si es que no he oído mal. Entonces me digo, bueno por qué usan cosas distintas cuando es una familia tan positiva y hemos oído una narración tan afectiva, tan gratificante, eso me ha impresionado y me ha confundido. Después me decía qué hacen estos dos chicos ahí en medio oyendo problemas y dificultades, no?. Y al*

*final he dicho, pues bueno están ayudando a los padres, evidentemente los chicos que parecen bastante sanos será porque también los padres les ayudan a ellos.*

**T2.-** *Si a mi, me ha impresionado que él necesite, que necesite como una portadora, no?. Que cuente sus problemas. Yo creo que él, entiendo bueno este hombre por qué no se da el derecho a expresar sus cosas como las ha expresado escribiendo, no?. Y le carga todo el problema siempre o la dificultad del ocio, y cosas buenas a la mujer, no?, como si tuviera que ser la portadora. Yo me sentía un poco ridículo como hombre, no?. Y supongo que ella se sentiría una persona que tiene que cargar con alguien. Y entonces digo, bueno, si tienen capacidades cada uno por qué no... no empiezan a desarrollarlas como están haciendo. Porque el venir desde tan lejos, llevan ya varios años de tratamiento y están haciendo un esfuerzo muy importante por cambiar. Me impresionó porque yo como hombre me sentiría ridículo si mi mujer fuera mi portadora. Y él enfadado, porque diciendo si vamos a los grupos por qué no le preguntan a mi mujer y ha utilizado un término, no se que era, testimonio, no?. Como si hubiera, si ella tuviera que dar testimonio de algo. No, pero el testimonio es él mismo. El es responsable de sus cosas, aunque pueda pedir ayuda, pero entonces a mi lo del testimonio me ha impresionado... A ver si mi mujer siempre da testimonio, ¿qué es lo que puede él hacer? ...*

La intervención del equipo fue algo más prolongada, pero por cuestiones de espacio pasamos a comentar algunas de las reacciones de la familia. El marido cuando se le pregunta por qué cosas le sugieren los comentarios del equipo respondió:

**Andrés.-** *No tengo palabras. (En este momento el marido se mostraba emocionado y el terapeuta pasa a preguntar a la mujer para dar un respiro al marido y respetar su ritmo)*

**T1.-** *Pero se te han quedado cosas por ahí, no?*

**Andrés.-** *Si.*

**T1.-** *Bien vale, y tu Josefa que te parece que...*

**Josefa.-** *Yo como un poco parece ser como si fuera la voz cantante de esto, no? y yo no me considero eso.*

**T1.-** *Tu no te consideras la voz cantante.*

**Josefa.-** *No. Lo que pasa es que no se por qué, yo que se. Por eso me ha gustado cuando vaya a los sitios pues si él tiene que expresar lo que a él le ha pasado o lo que nos ha ido pasando a los dos, que ha sido a los dos, pues me gusta que lo exprese él porque verdaderamente al que le ha pasado ha sido a él, no?. Yo lo he sufrido también con él y mis hijos lo vieron. Me gustaría que lo expresara él y no yo, pero...*

**Andrés.-** *Pero tú no has dicho nada malo, has dicho la verdad.*

En esta secuencia vemos cómo los miembros del Equipo hacen reflexiones algo confusas. En ocasiones la propia confusión permite mayores aclaraciones. La principal norma de las reflexiones es que estén basadas en el contexto de la entrevista y que sean respetuosas con la familia. Creo que estos aspectos se dan. Además producen mucha mayor información posterior y sobre todo, la familia se vio afectada. Afectada en el sentido de que se sintió por una parte empáticamente comprendida, pero por otra cuestionada y ayudada en la medida en que se hacían nuevas preguntas. En esta primera entrevista vemos claramente una distribución disfuncional de los roles entre un hombre que por su alcoholismo deja su trabajo y una mujer que mantiene todo el hogar. El marido se siente dañado por su hermano que según él le traicionó en su trabajo, quedándose con el negocio familiar, y tiene un difícil papel en su casa ante una mujer que siempre trata de ayudar y se presenta como muy sacrificada.

Los sentimientos contratransferenciales de los miembros masculinos del equipo aparecen en las reflexiones. Sobre todo cuando apoyan directamente el papel del marido e indirectamente critican la “dominancia de la mujer”. El equipo, la parte femenina del mismo ayudó en este caso a compensar las visiones de la realidad. Incluso en los diálogos post-sesión, hablamos de la necesidad de apoyar el rol de la mujer que ayuda a su marido a pesar de las continuas “caídas en el alcoholismo”.

Un aspecto práctico para las reflexiones es que en algunos momentos éstas pueden ser excesivamente largas y conviene que sean pocas y breves. Recuerdo cómo Andrés nos decía con frecuencia que le gustaría llevarse a casa las cintas para volver a pensar en lo que decíamos. Esto también ocurre en otros casos que quieren retener y controlar todo lo dicho. Como veíamos en la primera intervención, nosotros también como observadores participantes en un principio queremos anotar todo. Las reflexiones más útiles son aquellas que parten de una sintonía con el sufrimiento de la gente y del deseo de buscar nuevas salidas. En este sentido, conforme el equipo se va sintiendo más seguro en su labor realiza reflexiones más creativas y no necesariamente más largas. Hemos de tener en cuenta que las reflexiones que recogemos provienen de los primeros momentos de formación de nuestro Equipo Reflexivo. Podemos decir ahora, después de dos años de utilización de esta metodología, que el proceso de construcción de reflexiones más creativas ha supuesto un cambio muy intenso en las concepciones personales de los miembros del mismo. Procediendo todos de una cultura “directiva” y “culpógena”, resulta difícil dejar el papel de “sabios” y tratar de escuchar los diálogos para posteriormente ofrecer, sobre todo, alternativas positivas para el cambio. El diálogo continuado sobre nuestras propias dificultades para escuchar, respetar y devolver dilemas creativos a las familias ha sido la mejor herramienta para enriquecernos de un ritmo diferente.

En otro caso, se trataba de una cliente que acudía al Centro de Orientación y Terapia Familiar por las dificultades con las Instituciones porque tenía retirada la

custodia de su hija pequeña. La joven de unos 19 años estaba internada en una institución para madres solteras y venía al centro con la idea de que le diéramos un “certificado de madurez”. Recuerdo que un miembro del equipo realizó una reflexión que resultó ser muy impactante para la cliente:

*T1.- Si, yo me estaba preguntando si María es una pera o una nuez. Porque si es una pera pues entonces le tocaría en Julio, pero si es una nuez pues le tocaría en octubre.*

Tras las reflexiones de todo el equipo y al preguntarle a la cliente por que les sugerían, dijo: “¡qué gracioso eso de la pera y la nuez, me ha llamado la atención!. En ese punto la entrevistadora no aclaró más, pues parece que la metáfora había sido más que significativa. En este caso, la madurez no se podía dar “por decreto ley”. La madurez tiene su propio ritmo y nosotros le podíamos ayudar a madurar pero nunca podríamos firmarle una madurez de por vida.

### **3. Conclusiones.**

La lucha de los géneros llevada a sus últimos extremos supone un estancamiento en posiciones esquizoparanoides. En no pocas ocasiones, la gravedad y disfuncionalidad de los estilos de relación en la pareja provienen de una tan larga estructuración que el trabajo con la coterapia e incluso con el Reflecting Team no son la forma más adecuada de afrontarlos, sino que se hace necesario la “terapia de pareja sin pareja” para que en sesiones por separado tratar con los fantasmas de cada miembro de la misma. Caillé (1992) ejemplifica de forma creativa, a través de lo que él denomina “protocolo invariable”, el trabajo con los fantasmas de cada miembro de la pareja. Al mismo tiempo que trata individualmente a cada miembro, va realizando la labor de la construcción de la “pareja real”.

Generalmente en la literatura sobre terapia familiar era común que las relaciones de pareja fueran descritas en términos de simetría entre los comportamientos del hombre y la mujer (Haley 1976; Minuchin y Fishman 1981), lo que ha motivado fuertes críticas por parte de los autores más cercanos a la perspectiva constructivista y de manera especial, en los movimientos feministas en terapia familiar. Nos parece que se ha producido un sesgo muy pronunciado a la hora de valorar las aportaciones de los modelos estructurales y estratégicos en terapia familiar. Como dicen Gutiérrez y Escudero (1994) en la misma línea que en el perfil de lo masculino, el propio término estratégico evoca directividad y la planificación del terapeuta. “El lenguaje del poder, la manipulación, el control, la influencia, el secreto, la noción de jerarquía conforman la imagen especular de otras tantas características de lo masculino, permanentemente asociado con la agresividad, la fuerza y el sometimiento”. De una forma muy gráfica estos autores nos hacen ver el peligro de los nuevos modelos narrativos en terapia familiar:

*“En este enfoque el terapeuta que queda relegado a un no-hacer, no-planear, no-desear, no-planificar, no-intervenir, únicamente es responsa-*

*ble de desarrollar un espacio comunicacional libre y abierto para facilitar un proceso emergente en el que pueda ocurrir la novedad” (p.44).*

A esta posición dialógica se oponen algunas de las terapeutas familiares feministas (Goldner, 1991) quien cree que la intervención es prioritaria en casos de violencia y no solo con la conversación. En esta línea está también Cecchin y otros (1993) cuando proponen recuperar al terapeuta con un criterio propio, con capacidad de acción y que no permanece como un busto parlante o un agitador, o un instrumento al servicio del control social.

El trabajo con el Equipo Reflexivo tiene algunos inconvenientes que pueden tener algo que ver con estas discusiones teóricas que desde hace varias décadas mantienen las escuelas de terapia familiar en relación al tema del género:

- Cuando la familia está muy desestructurada el estilo reflexivo no parece tener la misma potencia de cambio. En este sentido creemos que es necesario recuperar la visión evolutiva a la hora de aplicar una modalidad técnica (Villegas, 1993). Nos parece que la metodología del Equipo Reflexivo es más adecuada para familias y parejas en las que se de un nivel de comprensión elevado. También en este sentido no contamos con datos interculturales que puedan explicar las diferencias entre diversas poblaciones. Por ejemplo, parece que el estilo noruego se adecua muy bien a las reflexiones y al tiempo lento. Sin embargo, en nuestra cultura andaluza la acción y la expresión espontánea, así como el uso del sentido del humor nos alejan un poco del estilo reflexivo, al menos como aparece propuesto por los autores.

- Si el terapeuta sigue al pie de la letra la idea del Equipo Reflexivo pensamos que pierde cierto poder de intervención. Nos parece que las reflexiones hacen que el terapeuta esté más cómodo en la sesión pero no sabemos si es lo más conveniente para los clientes. En ocasiones parece que el terapeuta del Equipo Reflexivo es pasivo y no se posiciona. ¿Es la psicoterapia eminentemente intervención o puede entenderse como formación, orientación y acompañamiento? ¿Es el cambio el único objetivo de la psicoterapia o la ética y la política han de jugar un papel importante?

- En los casos más graves el terapeuta actúa más que reflexiona o al menos en determinados momentos no es conveniente una postura reflexiva. ¿Es posible combinar intervenciones, técnicas hipnóticas, estrategias y el uso de la reflexión? ¿Podría ser que la terapia sea una concatenación de momentos en los que haga falta un estilo diferente ante demandas diversas de los propios clientes?

A pesar de algunas de estas dudas que aún tienen que producir más investigación con respecto a las ventajas e inconvenientes de esta modalidad de trabajo, creemos que el cambio epistemológico que ha producido y la actitud subyacente que promueve son muy válidas para la terapia familiar. Nos parece que al igual que ocurrió en la evolución de la psicoterapia individual, los primeros modelos eran más directivos y poco a poco fueron convirtiéndose en modelos más abiertos y respetuosos, así como también devolviendo el poder a los propios clientes. En

Terapia Familiar parece que también estamos pasando por esta alternancia de modelos más directivos y modelos menos directivos. Es probable que la próxima etapa sea propicia para que pierdan fuerza las ideologías terapéuticas e iniciemos investigaciones que pongan a prueba la eficacia diferencial de las diversas intervenciones. De momento las acusaciones de directividad o pasividad no sirven mucho para avanzar en el cambio terapéutico. La crisis de los modelos ayuda a reformular de nuevo las teorías.

Con respecto al uso de la coterapia queremos destacar que siempre que sea posible la coterapia con dos terapeutas de ambos sexos, nos parece la elección más acertada. Sin embargo, esto no exime de la necesidad de la flexibilidad de los roles sexuales y de los análisis en profundidad de los papeles que cada miembro del equipo realiza en cada sesión.

Es una realidad estadística que el número de mujeres que trabajan y trabajarán en el campo de la salud mental es superior al de los hombres. Nosotros los hombres tenemos la fantasía de que siempre seremos buscados y necesitados para trabajar en coterapia. También algunas mujeres pueden tener la fantasía de que no se necesita a los hombres para vivir y crecer, lo que en parte es viable, pero supongo que aburrido y triste. Esta descompensación numérica en cuanto a los profesionales y su sexo, deberá tenerse en cuenta y supondrá un esfuerzo importante en los Institutos de Formación para conseguir que la ayuda terapéutica, partiendo de una realidad descompensada, obtenga frutos en la utilización de las diferencias de género.

Nos parece que la Terapia Familiar Feminista tocará a su fin como una nueva “secta profesional” (antes ya fue el psicoanálisis, ahora el constructivismo camina en esa dirección) cuando por fortuna no se den desigualdades tan pronunciadas en la distribución de los roles y en el poder a favor de los hombres. De momento, necesitamos estas voces que nos recuerdan el “multiverso” más que el “universo” de los contenidos y necesitamos estar muy atentos a los sesgos en los que en muchas ocasiones caemos por nuestra propia formación sociocultural con respecto a las diferencias sexuales. Como decíamos al inicio, la Coterapia y el Equipo Reflexivo, utilizados en la Terapia de Pareja, pueden ser instrumentos muy valiosos para tratar de controlar estos sesgos, favoreciendo así un diálogo intersexos más funcional y enriquecedor. Al menos el Equipo puede ayudar a evitar que nadie se atribuya el poder de saber y cerrar el capítulo de lo que es “masculino” o “femenino”, ya que si esto ocurriera cerrarían las posibilidades de cambio y crecimiento.

*En este artículo se proponen dos modalidades de trabajo en terapia familiar y de pareja que pueden facilitar el análisis de las narrativas relacionadas con el género en psicoterapia: la coterapia y el equipo reflexivo. La creación de alternativas y la diferenciación de diversas voces parece que favorece la relación terapéutica en los delicados temas de género sin imponer modalidades unidireccionales en un campo donde la diversidad y el enriquecimiento sociocultural son prioritarios.*

**Nota del autor:** *Quiero agradecer la colaboración en el trabajo terapéutico de, Catalina Cobo, José Ignacio Fernández-Santos, Fernando González, Pedro Jaén, Elena Linares, Concha Praena, Rosario Vázquez, y Esperanza Vera, miembros del Grupo de Investigación sobre el Equipo Reflexivo, así como a las familias y parejas que nos permitieron enriquecernos con sus experiencias*

**Nota Editorial:** Este trabajo partió de una comunicación y taller presentado en las XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar celebradas en Santiago de Compostela en 1993 y ha sido completado y ampliado con parte del trabajo clínico que venimos realizando en colaboración con la Escuela Superior de Ciencias de la Familia de Sevilla.

### **Referencias bibliográficas:**

- ANDERSEN, T., et al. (1991). *The reflecting team. Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: W. W. Norton & Company.
- ANDERSON H. y GOOLISHIAN, H. (1991). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 41-72.
- BANDURA, A., y WALTERS, R. (1980). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- BOWEN, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós.
- BRODSKY, A. (1977). Countertransference issues in the woman therapist: Sex and the student therapist. *Clinical Psychologist* 30, 12-14.
- BURGUIÈRE, A., et al. (1988). *Historia de la familia I y II*. Madrid: Alianza Editorial.
- CAILLÉ, P. (1992). *Uno más uno son tres*. Barcelona: Paidós.
- CECCHIN, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- CECCHIN, G., LANE, G., & RAY, W. (1993). From strategizing to non intervention: Toward irreverence in systemic practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19, 125-136.
- CORNWELL, M., & PEARSON, R. (1981). Cotherapy teams and one-way screen in family therapy practice and training. *Family Process*, 20, 199-209.
- CORMIER, H.W., & CORMIER, L.S. (1991). *Interviewing strategies for helpers*. California: Cole Publishing Co.
- De SHAZER, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- DIO BLEICHAR, E. (1991). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: Siglo XXI.
- FEIXAS, G. (1991). Del individuo al sistema: la perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de*



*Psicoterapia*, 6/7, 91-120.

- FIGLEY, C.R., & NELSON, T.S. (1989). Basic family therapy skills, I: Conceptualization and initial based on training objectives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 497-505.
- GARRIDO F. M., COBO, C., y PRAENA, C. (1993). Formación y supervisión de la terapia de pareja en un centro de orientación familiar". En H. de Paz y F.M. Garrido (eds.), *Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy*. UPSa.
- GARRIDO, F.M., y GARCIA, M.J. (Comps.) (1994). *Psicoterapia. Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- GARRIDO, F. M. (1995). Terapia de Pareja y Equipo Reflexivo. En *La vida en pareja*. Jornadas Nacionales de Orientación Familiar. Valladolid. (En prensa).
- GARRIDO F.M., y ESPINA, A. (Comps.) (1995). *Terapia familiar: Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. (En prensa).
- GILBERT, L. A. (1980). Feminist therapy. En A.M. Bordsky & R. Hare-Mustin (Comps.), *Women and psychotherapy: an assessment of research and practice* (pp. 245-265). New York: Guilford Press.
- GOLDNER, V. (1985). Feminism and family therapy. *Family Process*, 24, 31-47.
- GOLDNER, V. (1988). Generation and gender: normative and covert hierarchies, *Family Process*, 27 (19), 17-32.
- GOLDNER, V. (1991). Feminism and systemic practice: two critical traditions in transition. *Journal Family Therapy*, 13 (1), 95-104.
- GOODRICH, J., et al. (1989). *Terapia familiar feminista*. Barcelona: Paidós.
- GURMAN, A.S. (1973). The effects and effectiveness of marital therapy: a review of outcome research. *Family Process*, 12 (2), 145-170.
- GUTIÉRREZ, E., y ESCUDERO, V. (1994). La recuperación de la masculinidad. En *Género y terapia familiar. XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*. Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, (pp. 37- 49).
- HALROYD, J., & BRODSKY, A. (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. *American Psychologist* 32, 843-849.
- HALROYD, J. (1983). Erotic contact as an instance of sex-biased therapy. En J. Murray & P. Abramson (Eds), *The handbook of bias in psychotherapy* (285-308). New York: Praeger.
- HARE-MUSTIS, R.T. (1978). A feminist approach to family therapy. *Family Process*, 17, 181-194.
- HARE-MUSTIS, R.T. (1987). The problem of gender in family theory. *Family Process*, 26, 15-27.
- HENLEY, N. (1973). Status and touch: Some touching observations. *Bulletin of the Psychosomatic Society*, 2, 91-93.
- HENLEY, N. (1977). *Body politics: Power, sex and nonverbal communication*. Englewood Cliffs, N.J: Practice Hall.
- HORNEY, K. (1990). *Psicología femenina*. Madrid: Alianza Editorial.
- JACOBSON, N., & TRUAX, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- KEENEY, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- KEITH, D. (1991). Terapia familiar simbólico-experiencial. En C. Whitaker (Ed.), *De la psique al sistema* (pp. 398-436). Buenos Aires: Amorrortu.
- KLEIN, M. (1988). *Envidia y gratitud*. Barcelona: Paidós.
- LAZERSON, J., & ZILBACH, J. (1993). Gender issues in Group Psychotherapy. In H. Kaplan & B. Sackoc (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (pp. 682-693). Baltimore: Williams & Wilkins.
- MARTINEZ DE VELASCO, M., y CARRASCO, F. (1994). Terapia de Pareja y Pareja de Terapeutas: La función del género en los dos sistemas. En *Género y terapia familiar. XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*. Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. (pp. 7-36).
- MARUYAMA, M. (1963). The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal processes. *American Scientist*, 5, 164-179.
- NAPIER, A. (1991). Heroism, men and marriage, *Journal of Family Therapy*, 17 (1), 9-16.
- PAKMAN, M. (1994). Un enfoque constructivista para investigaciones sistémicas. En F.M. Garrido y M.J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 291-301). Valencia: Promolibro.
- PAPP, P. (1983). *The process of change*. New York: Guilford Press.
- POPE, K., SONNE, J., & HALROYD, J. (1994). *Sexual feelings in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association. POPE, K. (1994). *Sexual involvement with therapists*. Washington: American Psychological Association.

- PROCTER H. (1991). Psicología de los Constructos Familiares. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 73-90.
- RIES, P., & STONE, A. (1992). *The american woman, 1992-1993: A status report*. New York: Norton.
- ROJI MENCHACA, M. (1987). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED. C.U. 023.
- ROLLER, B., & NELSON, V. (1993). Cotherapy. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (pp. 304-312). Baltimore: Williams & Wilkins.
- SEBASTIAN CAPÓ, J. (1981). Determinantes del fenómeno empático. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27/28, 25-46.
- SHAFER, R. (1992). *Retilling a life. Narrations and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- SLUZKI, C. (1983). Process, structure and world views: toward an integrated view of systemic models in family therapy. *Family Process*, 22, 469-475.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VILLEGAS, M. (1994). Análisis Existencial y Psicoterapia. En F.M. Garrido y M.J. García (Eds), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 207-240). Valencia: Promolibro.
- WATZLAWICK, P., et al. (1983). *La realidad inventada*. Gedisa. Barcelona.
- WHITE, M., y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- WHITE, M., y EPSTON, D. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- WHITAKER, C. (1982). *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. In J. Neil & D. Knistern (Comps.). New York: Guilford Press. (Trad. cast., *De la psique al sistema*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991).
- WHITAKER, C. (1988). *Dancing with the family. A symbolic-experiential approach*. New York: Brunner/Mazel. (Trad. cast., *Danzando con la familia*. Barcelona: Paidós, 1991).
- WHITAKER, C. (1989). *Midnight musings of a family therapist*. New York: Norton. (Trad. cast., *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós, 1992).

# LA PSICOPATOLOGIA IATROGENICA EN PSICOANALISIS

Giovanni Jervis  
Università “La Sapienza”, Roma

*Iatrogenic pathology is considered in this article from a psychodynamic point of view. Several situations in where the relationship between psychological intervention and iatrogenic reactions can be identified are specifically analysed.*

---

1. El problema de los posibles inconvenientes y trastornos iatrogénicos -es decir causados por el tratamiento- en el curso de los tratamientos psicoanalíticos y, más en general, de las psicoterapias está emergiendo como parte de una revisión crítica más global sobre los efectos -más o menos benéficos, terapéuticos, promotores de “cambio”, o eventualmente producto de la sugestión, más o menos reales o imaginarios, etc., de estas mismas técnicas. Se trata, pues, de un tema que no es marginal: si más no, porque está incidiendo en el destino *histórico* de la herencia freudiana. La crisis de la credibilidad del psicoanálisis, el aumento de datos disponibles sobre los efectos de las terapias, la mayor sensibilidad del público, inciden en la actualidad del problema. Además, en varios países de Occidente, la magistratura considera con mayor frecuencia que tiene el deber de intervenir sobre los errores culpables de los sanitarios o de otros especialistas, además de sobre los abusos de poder en el ámbito de las relaciones terapéuticas, implicando también en esta tendencia al campo que nos interesa.

Una bibliografía sobre la patología psico-iatrogénica ha sido publicada por Casonato (1995) además M. Bianciardi y U. Telfener (1995) han compilado el volumen *Ammalarsi di psicoterapia*. La atención por el tema aumenta también en los escritos “técnicos”; y según la opinión de muchas personas con las que informalmente se habla sobre la cuestión, “los tiempos están maduros” (maduros, se supone, al menos para hablar sobre ello más abiertamente): pero también, se puede sospechar que se trate de un problema que aún no encuentra plena acogida,

si más no porque choca contra resistencias (resistencias más que comprensibles, por otra parte, dado que son los mismos terapeutas y psicoanalistas quienes más se ocupan del tema), y porque, independientemente de reticencias y resistencias, existen notables dificultades técnicas, es decir, objetivas, de documentación.

Y, a parte del retraso histórico en la recogida de datos suficientemente numerosos y fiables sobre los efectos de las psicoterapias, retraso que sólo ahora, desde hace unos años, se empieza a subsanar a pesar de los notables problemas metodológicos, hay que subrayar cómo las informaciones que psicoanalistas y psicoterapeutas dan sobre su propio trabajo son en general fragmentarias. De hecho, estas son, casi sin excepción, informaciones básicamente anecdóticas y -al examinarlas de cerca- a menudo reticentes. En general, quien cuenta casos y problemas clínicos prefiere mostrar a los demás cómo se hace para afrontarlos y resolverlos eligiendo episodios particulares, y prefiere dar a entender que *sus* casos se resuelven felizmente, a pesar de no extenderse jamás en decir *cuántos* se resuelven felizmente. A nadie le gusta hablar de fracasos y menos de los propios. Además, existe una tendencia general, cuando se entra en detalles clínicos de psicoanálisis y de otras psicoterapias, de describir cómo estas terapias *tienen que ser*, o mejor dicho, cómo *tendrían que ser*, o como máximo, cómo son de hecho en los casos más *típicos* pero no necesariamente más frecuentes: raramente se quiere hablar sobre cómo son la mayoría de las veces, es decir, no sólo cuando todo es limpio, claro, sin defectos ni errores de intervención y de conducción y “de acuerdo a las reglas”, sino que incluso cuando -y considero que esto ocurre más bien a menudo- el tratamiento es “sucio”, incierto, quizás presenta tales márgenes de incompetencia, y de todas maneras contiene errores y produce inconvenientes y fracasos.

Permítaseme ahora definir mejor el campo en el que voy a moverme en este artículo. Todos sabemos qué son las psicoterapias. Las psicoterapias, y entre éstas el psicoanálisis, se basan en la experiencia viva de la interacción y en el uso de la palabra, y nosotros nos servimos de ella para ayudar a las personas que afrontan serios problemas existenciales o desequilibrios de sus funciones psíquicas. Otros instrumentos afines han sido desde siempre prerrogativa de sacerdotes, magos, curanderos y adivinos; otros instrumentos, bien diferentes en cuanto no son psicológicos sino de tipo físico-químico, están tradicionalmente en mano de los médicos.

En este artículo me referiré sobre todo al psicoanálisis en sentido restringido, es decir “interpretativo”, de ascendencia freudiana (a veces, como sabemos, más “clásica”, otras veces conducida según específicas derivaciones, por ejemplo kleinianas, o lacanianas, etc.), y en cambio sólo marginalmente me referiré a las psicoterapias psicodinámicas no clásicamente freudianas, como el análisis jungiano (a menudo, por otra parte, considerado como una forma de psicoanálisis) o bien las psicoterapias analíticas “breves”, o las psicoterapias “de orientación psicoanalítica”, o también el *counseling* de corte psicoanalítico. En cambio, no me referiré en

absoluto o casi en absoluto a las psicoterapias no psicodinámicas como las terapias comportamentales o cognitivas, ni a la hipnosis, ni a las terapias de autocontrol y relajación.

2. Quisiera subrayar la dificultad de situar con precisión los límites de la patología iatrogénica en el ámbito que me interesa: pero precisamente de esta dificultad nace toda la “riqueza”, y sobre todo, la importancia, del tema.

Por una parte, en este caso, situaremos el tema de la patología iatrogénica dentro de sus verdaderos límites conceptuales: es necesario decir enseguida que es un problema netamente más restringido que el tema general de los “inconvenientes” que surgen en el curso del tratamiento. En confrontación, pues, con el ámbito bastante más amplio, de los “éxitos sólo parciales”, y de los netos fracasos, y de las cronificaciones, y de los empeoramientos y de las recaídas, la patología iatrogénica se considera, ante todo, como algo diferente y más específico. En términos “clásicos” y tradicionalmente restrictivos, cuando se habla de patología iatrogénica en este campo, nos referimos a la aparición de nuevos, significativos, específicos e identificables trastornos psíquicos (y/psicosomáticos) en el curso de tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos (o bien enseguida después de su finalización) como consecuencia indeseada -y en general inesperada- de los tratamientos mismos.

Por otra parte, en cambio, si observamos con más detalle, es decir, en los casos concretos, cómo se configura esta patología, nos damos cuenta de que sus límites son, en la práctica, mucho menos netos de como los quisiéramos en teoría. En otras palabras, la psicología psico-iatrogénica es, en la práctica, difícil de separar del tema más general de los “inconvenientes” y de las “desilusiones” que surgen en el curso del tratamiento, es decir, de los “éxitos sólo parciales”, y de los netos fracasos, y de las cronificaciones, y de los empeoramientos y de las recaídas.

Una concepción restrictiva, o conceptualmente “apropiada” de la patología psico-iatrogénica tiene pues sus justificaciones: pero puede también ser considerada un poco limitativa, o al menos excesivamente esquemática, o abstracta. Y esto sucede, pasando ahora a ver las cosas con más detalle, al menos por dos motivos:

A) En primera lugar, se puede observar que la definición de patología iatrogénica en sus acepción “restrictiva” o “propia” o “en sus verdaderos límites conceptuales” -como ya hemos dicho- es de por sí, por así decir, demasiado “neutra”, o bien demasiado “naturalística”. En efecto, ésta pasa por alto el hecho de que generalmente la patología iatrogénica no aparece por casualidad, ni por motivos impredecibles, sino por errores, omisiones, incapacidades y -a veces- por verdaderas culpas del terapeuta. En otras palabras, sería demasiado fácil y de alguna forma engañoso sostener que esta patología iatrogénica es solamente una especie de “riesgo intrínseco” de un determinado tipo de tratamiento, un inconveniente posible. Es más justo decir que en muchos casos ésta deriva de errores y carencias

identificables; y que sólo algunas veces ésta es, por el contrario, la consecuencia de riesgos intrínsecos de un determinado tipo de tratamiento, sin que se hayan cometido necesariamente errores.

Para entendernos, podemos tomar prestado un simple ejemplo del campo médico-psiquiátrico. En éste son bien conocidos los cuadros discinéticos extrapiramidales que surgen como consecuencia de la toma prolongada de altas dosis de fármacos neurolépticos fenotiacinas: pero una cosa es su aparición cuando este tipo de terapia es inevitable en un determinado paciente, y es pues necesario aceptar sus riesgos e inconvenientes; y otra es cuando la toma prolongada de altas dosis de fenotiacinas podría, y debería, haberse evitado en aquel particular caso clínico tanto porque la sintomatología no era bastante grave como porque había tratamientos menos tóxicos disponibles. En ambos casos nos encontramos ante una patología iatrogénica: pero en el primer caso ésta era inevitable, en el segundo hubiera podido evitarse en la medida en que es efecto de errores de tratamiento.

Yendo ahora al plano de las psicoterapias y del psicoanálisis, mencionamos en primer lugar los errores y las carencias de los terapeutas. Debido a los motivos que ya se han apuntado, sobre este punto los datos documentados son pocos y verdaderamente es una lástima que uno deba fiarse de recopilaciones de experiencias personales. Si hago caso de mi memoria, esto es, de lo que he podido observar a lo largo de los casi treinta y cinco de trabajo en este campo, puedo decir que todos (yo incluido) cometen frecuentemente errores en el ámbito terapéutico y psicoanalítico, pero que algunos tipos de errores podrían -en teoría- evitarse más fácilmente que otros. Personalmente, y en contraste con la opinión prevalente entre los psicoanalistas (que creen que los errores más típicos derivan de los problemas irresueltos del terapeuta) yo creo que los errores más graves derivan de la incompetencia, esto es, para decirlo sin tapujos, de la no preparación e ignorancia; y quizás de un bajo nivel científico-cultural en general.

Otros errores, en cambio, ciertamente importantes, pero creo que a fin de cuentas menos numerosos, derivan de problemas y conflictos psicológicos no resueltos del terapeuta. Y aquí naturalmente uno se podría extender si entrara en detalles. En efecto, de sus problemas irresueltos, el terapeuta puede no tener conciencia por varios motivos: porque de hecho no los conoce, o bien porque *crea* que puede no tenerlo en cuenta en la medida en que tiene el privilegio de ejercer esta profesión, es decir, en la medida que en su trabajo el trastorno psíquico es, por definición, de los *otros*, o bien también porque tiene demasiada confianza en su entrenamiento, como puede suceder a veces a los analistas que han pasado por uno o más análisis personales, de las cuales han obtenido más que un mayor equilibrio interior y una conciencia más realista de sus propios límites, un exceso de seguridad en sus capacidades y así sucesivamente.

Los errores de incompetencia, por lo contrario, son de varios tipos.

Los más significativos, generales, y clásicos se refieren a los tratamientos

inapropiados: el caso típico es la prescripción de tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos a pacientes que tienen necesidad de ayuda de otro tipo. Se trata, en primer lugar, de un caso más bien común, es decir, desde que se ha dado una difusión en masa de las terapias de corte psicológico. Refiriéndonos a un error bien conocido, hay deprimidos graves, o personas afectadas de trastornos bipolares, que durante años son “tratados” sólo con psicoanálisis y psicoterapias: y es útil recordar que los psicofármacos antidepresivos existen desde hace ya más de treinta años, y que desde hace más de treinta años cualquier especialista competente sabe que éstos son el tratamiento a elegir en estos casos clínicos, donde psicoanálisis y psicoterapias sirven de bien poco o nada. (Seguramente cualquier psiquiatra con un poco de experiencia ha visto, a lo largo de su carrera, trágicos casos de deprimidos graves que han puesto fin a su vida mientras estaban “en análisis” y que seguramente hubieran podido salvarse si hubieran sido tratados de modo adecuado. Otras veces, formas neurasténicas de origen físico como astenia, malhumor, cefalea, dificultades de concentración, depresiones leves, etc., son erróneamente consideradas como psicógenas o atribuidas a mecanismos psicosomáticos incluso en los casos en que son, en cambio, debidas a causas tóxicas, infecciosas, o físico-traumáticas (y algunas veces tumorales) no diagnosticadas y, naturalmente, sin ningún origen psicosomático.

En estos casos llama la atención la extrema facilidad con la que el mismo paciente se convence de que sus síntomas dependen no ya de afecciones corporales sino de problemáticas inconscientes: en efecto, en este caso no sólo los tratamientos psicoanalíticos y psicoterapéuticos son ineficaces, sino que sucede que tales tratamientos hacen que el sujeto adopte una postura psicológica de no querer buscar en ningún otro lugar ni diagnósticos más adecuados ni tratamientos más apropiados. En general, es típico de los analistas y psicoterapeutas desprovistos de formación médica un modo ingenuo y a menudo tosco de explicar las temáticas referidas al cuerpo, a las enfermedades físicas, y a los trastornos psicosomáticos: a veces, incluso, esta tosquedad alcanza grados surrealistas, irracionales y “mágicos”; todo se convierte, mágicamente, en psicosomático, y todo es culpa de las tendencias inconscientes “equivocadas” del mismo paciente.

Análogamente, en estos años pasados, quizás se ha abusado de tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos en sujetos esquizofrénicos: y en este caso el daño no deriva de su eventual ineficacia, ni del hecho que la esquizofrenia sea curable con medios físico-químicos (desgraciadamente no lo es) sino del hecho que hacer caer todo el peso, un poco fanáticamente, sobre estructuras psicológico-psicodinámicas individuales de limitada o discutible utilidad, a veces impide utilizar flexiblemente otros instrumentos que podría ser tanto o más útiles, y que van de las intervenciones sobre la familia y sobre el ambiente, a las hospitalizaciones (cuando son necesarias), a los psicofármacos, etc.

Otros errores, debidos también a la incompetencia, se refieren a la falta de

preparación del terapeuta respecto a un determinado tipo de tratamiento, con el resultado que éste último se aplica de modo superficial, esquemático y poco responsable: por ejemplo, sucede que un tratamiento analítico es aplicado por un terapeuta con un *training* inadecuado, o bien en posesión de un adecuado *training* psicoanalítico pero sin una adecuada formación científico-profesional-cultural de base.

Otros errores, siempre ligados a la incompetencia, tienen que ver con la incapacidad, que encontramos en muchos analistas y psicoterapeutas ancianos y con formaciones freudianas tradicionales, de reconocer y afrontar temáticas pre-*edípicas*, *bordeline* y psicóticas latentes en sus pacientes.

(Y finalmente, y para evitar equívocos, es útil recordar que también se cometen a menudo errores enormes fuera del campo del cual nos ocupamos en este artículo, es decir, cuando médicos, cirujanos, y psiquiatras “organicistas” no saben percibir las exigencias psicológicas de los pacientes, o bien cuando les falta la preparación necesaria para intervenir con palabras y gestos que no sean apresurados o ingenuos.)

B) El segundo motivo por el cual puede justificarse el poner en discusión una concepción restrictiva, o esquemática, de los trastornos psico-iatrogénicos, depende de la dificultad general de identificar con claridad los efectos de las psicoterapias y psicoanálisis: en este campo, en la práctica, resulta particularmente difícil separar netamente los efectos positivos de los negativos de los mismos tratamientos, precisamente porque tanto unos como otros no son evaluables de modo claro.

En efecto, como es bien conocido, se trata de tipos de tratamientos que distan de las terapias médico-quirúrgicas, donde en cambio es relativamente fácil -aunque no siempre facilísimo- establecer ventajas e inconvenientes de cada uno de los métodos o cada una de las intervenciones. Para tomar el ejemplo más banal, si un ortopédico se equivoca en la reducción de una fractura los efectos se ven muy bien; y se ven aunque no se haya equivocado pero si después por mala suerte o negligencias mínimas surgen complicaciones, por ejemplo, si sin culpa de ninguno una fractura que se tendría que haber curado no se cura en el tiempo debido. De este modo, y por motivos de este tipo, un médico de medicina interna o un ginecólogo que realicen malos diagnósticos terminan con perder, poco a poco, sus clientes: y esto porque, a parte de las eventuales verificaciones sistemáticas y científicas de los efectos de sus tratamientos, los usuarios interesados se dan cuenta realmente si aquellos profesionales de la sanidad aplican sistemáticamente tratamientos inapropiados.

Ahora, nos podemos preguntar si este tipo de verificación empírica funciona o no también en el campo de las psicoterapias. Psicoanálisis y psicoterapias psicodinámicas, en efecto, no se dedican a eliminar trastornos parciales, sino más bien a modificar el equilibrio general del sujeto; además duran no días o semanas,



sino meses o -más a menudo- años, por lo cual sus efectos, ya de por sí no fáciles de objetivar, se suman poco a poco con otros debidos a otros factores de vida. De este modo, si una persona cambia “para mejor” en el espacio de cinco o diez años, es difícil saber si hubiera cambiado igualmente sin ningún tipo de tratamiento: muchos trastornos neuróticos, como es bien sabido, se curan espontáneamente, y muchas personalidades maduran de manera decisiva en determinados años cruciales de la vida sin ningún tipo de ayuda “técnica”. E incluso en otros casos uno se podría preguntar si la maduración no hubiera sido aún mejor, más armónica, más plena y feliz mediante otros tipos de experiencias existenciales, como cambios de trabajo, de compañero sentimental, nuevas afiliaciones religiosas, compromisos políticos, yoga, meditación budista, hobbies como el alpinismo o la espeleología, toma diaria de pequeñas dosis de psicofármacos, aprender a tocar la flauta, etc., etc., en lugar de la experiencia del análisis o de la psicoterapia.

Otras veces, naturalmente, tenemos buenos indicadores de la eficacia de estos tratamientos: y no tanto porque el interesado afirma encontrarse mejor (puede tener, y tiene en general, potentes motivaciones de las cuales no se da cuenta para sostener que el tratamiento le ha sido útil aunque no sea verdad) sino más bien porque una serie de personas que no saben que ha realizado un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico, afirman que ahora ha cambiado mucho, que es mucho más sereno, más maduro, y que un cambio de este tipo habría sido impensable hace algunos años y no parece que sea debido a variaciones de los hábitos de vida.

Pero otras veces, quizás la mayoría, los cambios son de dudosa evaluación, tanto por el sujeto como por sus conocidos, y por lo mismos especialistas: y no se trata solamente, por lo general, de evaluar si y porqué una persona ha mejorado, sino también de evaluar porqué en algunos aspectos (y sólo en algunos) está mejor mientras que al mismo tiempo algunas dificultades suyas pueden, al contrario, haber aumentado con el tratamiento.

Tomemos algunos simples ejemplos. ¿Cómo podemos valorar a una persona que, en un tratamiento psicodinámico por hipertensión psicosomática y problemas crónicos de cólera reprimida, ve mejorar el aspecto psicosomático pero empeorar su rendimiento en el trabajo y su adaptación social? Y ¿cómo valorar, en cambio, un caso en muchos aspectos opuesto como el de un sujeto que ve disminuir su ansiedad pero desarrollarse, durante el análisis, una dermatitis exfoliativa que no se cura a pesar de todos los intentos, y sin que se hayan identificado errores técnicos, que expliquen la aparición del trastorno? O bien, simplemente, si observamos que cierto paciente se vuelve más tranquilo y sereno, menos nervioso, pero también más establemente taciturno, melancólico y resignado después de un año de proceso psicoanalítico, cómo podemos hacer un balance claro de su caso? Y, en cambio, para tomar un ejemplo ya más complejo, si un joven de dieciocho/veinte años un poco inseguro desarrolla a lo largo del tratamiento una explícita oposición contra los padres con los cuales vivía, busca hacerse independiente, se establece lejos de

casa pero logra con dificultad afrontar las frustraciones y responsabilidades de la vida autónoma cotidiana, y en los años sucesivos no encuentra nunca un buen equilibrio, ni personal ni social, entonces, ¿cómo podemos saber cuál hubiera sido su destino si no hubiera pasado por un psicoanálisis?

3. Precisada, ni que sea de modo sumario, la existencia de estos serios problemas “de ubicación” y “de limitación” de la definición de la patología iatrogénica en el campo psicodinámico, podemos ahora volver a examinar los casos en los cuales existe una relación más clara entre el tipo de tratamiento y la aparición de trastornos y sufrimientos identificables. Quisiera detenerme en primer lugar, a este propósito, en el más clásico de los problemas, esto es, el riesgo de que aparezcan síntomas de desorganización del Yo, es decir, de trastornos psicóticos, en el curso de tratamientos psicoanalíticos; y a continuación, en un plano un poco diferente, quisiera también detenerme brevemente sobre los daños causados por la sugestión y la dependencia analítica.

En el ámbito psicoanalítico, de riesgos iatrogénicos se habla -aunque no siempre en voz alta- desde hace muchos años, no sólo en relación con la llamada “reacción terapéutica negativa”, de raíz freudiana, sino también en relación al riesgo de que el tratamiento haga emerger o produzca descompensaciones psicóticas. En tales casos, en efecto, cuando existe una condición latente de fragilidad del Yo, y el paciente “se implica” emocionalmente y afectivamente en las sesiones, y si éstas son muy “densas” emocionalmente, y caracterizadas por la aparición de muchos contenidos asociativos, y si, además, el analista no es suficientemente cauto y parco al interpretar y no es capaz de funcionar como sólido “contenedor”, puede suceder que el paciente se vea “inundado” de un exceso de material inconsciente, y que, por tanto, su Yo como instancia normalmente “estructurante” no sea capaz de poner orden a este material, de gestionarlo, de introducir serenamente su significado en la realidad de la vida cotidiana, en fin, de “digerirlo” y “asimilarlo” de modo normal. El resultado puede ser la aparición, precisamente, de trastornos psicóticos (quisiera precisar que en un sentido muy amplio) debido a fenómenos de desorganización (en la mayoría de los casos temporal) y en algún caso de verdadera desestructuración del Yo.

Estos trastornos consisten en los casos más leves en algún indicio de desorden en la realización de las actividades normales de la vida cotidiana. Efectivamente, puede suceder, incluso en el curso de un tratamiento llevado a cabo con toda cautela, que a partir de determinadas sesiones, o a partir de breves sucesiones de sesiones, emerjan temas y emociones que el paciente tiene dificultad en afrontar aunque no fracase propiamente en el intento. En este caso no se deriva la aparición de un verdadero trastorno de tipo psicótico -ni que sea transitorio- y las consecuencias clínicas se limitan a la manifestación, durante unos pocos días, de síntomas como un leve insomnio, ansiedad, vaga sobreexcitación (quizás sobreexcitación eufórica)

con dificultad para pensar de modo normal y para gestionar las actividades cotidianas con la tranquilidad habitual. En casos un poco más serios, observamos la aparición de fugas de ideas, de un sentimiento de confusión mental, de vagas temáticas de autorreferencia o de atisbos sub-delirantes de grandiosidad expansiva, o bien de formas de transfert psicótico, a veces, de tipo persecutorio; cuando la situación se agrava, entonces, encontramos síntomas de desorganización del pensamiento, con el desarrollo de verdaderos y propios trastornos delirantes, y quizás también con la aparición de alucinaciones. Mientras que los trastornos más leves son en general transitorios, los más graves pueden requerir hospitalizaciones, resolverse con alguna secuela, o no resolverse en absoluto.

Síntomas de este tipo surgen con más facilidad durante el primer año de tratamiento, y se ven facilitados por la excesiva frecuencia de las sesiones o por la prisa en interpretar; por este motivo no pocos analistas prefieren iniciar con una o dos sesiones a la semana y yendo con mucha cautela en sus intervenciones, para después pasar gradualmente a tres o cuatro sesiones y a afrontar los temas psicodinámicos más “candentes” para aquel paciente. Pero, incluso de este modo, no siempre se puede estar del todo seguro de no hacer correr riesgos a la persona. Cualquiera analista experto es bien consciente de estos peligros, que por otra parte no logran ahorrarse tampoco los pacientes de psicoterapeutas que utilizan otras formas de tratamiento. Pero, es posible que no todos los analistas corran el mismo “riesgo”: los especialistas con una personalidad más estable, tolerante y serena, y más sólidos, cautos y coherentes, permiten a sus pacientes un tipo de relación en la que el riesgo de la aparición de trastornos de este tipo es mínimo. Contrariamente, es posible constatar que otros analistas han tenido y tienen un porcentaje inquietantemente alto de pacientes que, como se suele decir, “han sufrido trastornos psicóticos”. A menudo se trata de terapeutas portadores ellos mismos de rasgos psicóticos latentes, o bien -por varios motivos- demasiado imprevisibles en sus actitudes, o que no respetan las conocidas reglas de la “neutralidad” freudiana, o violan abiertamente los límites del “setting”, o incluso son latentemente agresivos o intrusivos, o bien alguna vez seductores hacia sus pacientes, facilitando de este modo que éstos experimenten no sólo regresiones sino también ansiedad y -sobre todo- confusión.

Graves errores y daños psico-iatrogénicos de este tipo pueden observarse muy frecuentemente también en psicoterapeutas que no son analistas y que no han pasado por un proceso de análisis, particularmente cuando éstos no se conocen bien ni a sí mismos ni las temáticas del transfert y del contratransfert, y cuando por ignorancia, superficialidad y exceso de confianza tienden a ser, a menudo con buena fe pero sin valorar las consecuencias, intervencionistas, carismáticos, autoritarios, seductores o intrusivos.

4. El problema de la dependencia analítica es más delicado, y tiene límites más difusos. Cuando Sigmund Freud planteó el problema del *transfert*, en el inicio, le pareció que se trataba de un problema de erotismo histérico: las pacientes se enamoraban del analista, y éste tenía que gestionar la seducción de las pacientes. Después, Freud se dio cuenta de que el *transfert* de las pacientes (y luego, también de los pacientes) era algo necesario e incluso positivo; en efecto, se presentaba como un vínculo psicológico, que movilizaba experiencias emocionales importantes, cuyas modalidades podían ser interpretadas, tanto para ayudar al paciente a comprender la naturaleza y el origen remoto de sus necesidades y conflictos afectivos, como para captar, entender y analizar y finalmente liquidar las características básicamente inconscientes e ilusorias de la relación con el terapeuta. En la actualidad, se tiende a ver el *transfert*, en primer lugar, como un conjunto de expectativas, fuertemente cargadas emocionalmente, relativas a una imagen (inconsciente, o fundamentalmente inconsciente) del propio terapeuta no tanto como un posible amante, si no más bien, en primer lugar, como una figura paternal idealizada.

Pero el riesgo radica en el hecho que se idealice la naturaleza misma del *transfert* y no por parte del paciente sino por parte del analista. Casi siempre, repitémoslo, para el inconsciente del paciente analizado, el analista es *también* (y a veces fundamentalmente) alguien que está a medio camino entre un padre omnipotente y un brujo omnisciente. Y en este sentido podemos preguntarnos en qué grado el analista no se ve ocultamente gratificado por el poder psicológico del cual se beneficia, y en qué grado tiende a infravalorar los posibles inconvenientes. Es obvio que normalmente, si no es un terapeuta muy desequilibrado ni un franco bribón, no se aprovechará para conseguir que le firmen cheques en blanco y fianzas bancarias, o para seducir a las pacientes, quizás acogiéndose -en este último caso- a una inexistente libertad psicológica de relación recíproca, o a supuestas libres elecciones por parte de ambas partes de la pareja *in fieri*. En efecto, cualquier analista con un mínimo de competencia sabe perfectamente que la relación analítica es tan asimétrica, y está tan cargada de autoridad implícita y de posible sugestionabilidad, que confiere al terapeuta tal poder psicológico que le resultaría facilísimo ejercer cualquier tipo de abuso sobre cualquier paciente suyo, incluyendo los cheques en blanco y las más descaradas seducciones sexuales. Si el analista no tiene demasiados problemas personales irresueltos, no es tampoco deshonesto, entonces, estará muy atento a no transformar la relación analítica en una relación de seducción y de explotación, e intentará mantener el mínimo nivel posible de componentes implícitos, no explicitados ni analizados, de autoridad y de sugestión presentes en este tipo de tratamiento.

Pero aunque se tomen todas las precauciones necesarias y no hayan grandes abusos, ¿no es posible que, en cambio, se realicen abusos menos conscientes y, por así decirlo, microscópicos? Por ejemplo, la situación de *transfert* puede ser tal que

no permita al paciente oponerse a interpretaciones absurdas, o imposiciones y desviaciones comportamentales inapropiadas o caprichos y pequeñas tiranías del terapeuta, o bien sólo aumentos excesivos del coste de las sesiones. Y ¿no puede darse que esta situación de dependencia psicológica sea tal que no permita al cliente proponer una interrupción eventual del tratamiento cuando éste se revela a todas luces ineficaz o incluso negativo en sus efectos? La modesta hipótesis, aunque razonable, que yo quisiera plantear se refiere a un tema general que casi nunca los analistas toman en consideración, es decir, el hecho de que la situación transferencial *puede* fácilmente determinar problemas y situaciones no positivas, nada positivas ni sanas y quizás no del todo éticas, sobre las cuales el analista tiene un interés inconsciente en pasar por alto. Sería natural y lícito pedir a los analistas que reconocieran de modo más abierto y franco, que en la dependencia causada por el *transfert pueden* existir aspectos de regresión infantil, no necesariamente terapéuticos, y vínculos tácitos y difíciles de criticar, y a pesar de esto sospechosos de una sustancial falta de libertad psicológica. Podemos preguntarnos en qué grado estos inconvenientes pueden resolverse mediante la aplicación del método analítico y, sobre todo, en qué medida pueden verse compensados mediante los efectos positivos de los mismos tratamientos.

Naturalmente el cuadro no es uniforme, ni uniformemente negativo; por ejemplo, algunas modalidades de análisis facilitan más que otras la aparición de serios problemas de dependencia. Si, en particular, las sesiones son más de tres a la semana durante meses y años, y si -como sucede a veces- el analista se mantiene callado como regla general y tiende a no responder a las preguntas, y si cuando habla lo hace para sentenciar interpretaciones, cuya lógica el paciente no entiende muy bien, ni tampoco su relación con la realidad cotidiana como él normalmente la percibe, entonces, es muy fácil que se cree, en el ánimo del paciente, una situación de extrema sugestionabilidad y una dependencia irracional e infantil que raya en lo patológico, a veces acompañadas de un estado de confusión interior crónica, cuyos efectos son bien observables a un observador neutral.

Creo que un buen analista está en general muy atento no sólo a no ejercer ningún poder indebido, y por tanto a no ejercer ninguna tiranía sobre el paciente (ni siquiera de modos indirectos y sutiles, como por ejemplo, con cambios de actitudes y cambios de horarios), sino también a no confundir, y sobre todo, a no adoctrinar. El respeto de las reglas del setting, y sobre todo su estabilidad, es decir, el hecho de no cambiar las características en el curso del tratamiento, es una gran garantía. Desde este punto de vista, la finalización del análisis se convierte, a veces, en una tarea delicada: sea porque algunos (malos) analistas imponen prematuramente y de una manera imprevista y aparentemente arbitraria, una próxima fecha de finalización del análisis que el paciente no entiende (y que le provoca inútilmente malestar), sea porque los mismos (u otros) analistas consideran que inmediatamente después del fin del tratamiento se pueda iniciar “un nuevo tipo de relación” entre los dos,

donde la efectiva no resolución de la dependencia causada por el transfert abre la puerta a cualquier clase de afiliación, sugestión y -eventualmente- abuso del ex-paciente. He sido testigo de varios de estos casos, y sin excepción he tenido la clara impresión de un notable sufrimiento, e incluso de trastorno profundo, de los analizados o ex-analizados cogidos dentro de una estrategia patológica de este tipo por parte de sus terapeutas.

Pero, más en general, impresiona por lo frecuentes que son las formas larvadas de “secuestro mental” de la persona en el curso del análisis: este secuestro se hace evidente en el hecho de que el sujeto “se casa” con el psicoanálisis, “se adhiere” a las ideas de su analista en un modo acrítico, se encuentra inmerso en una situación de dependencia de las sesiones (dependencia también en el sentido estrictamente patológico de adicción) que es tan afectiva como cultural. El paciente “a través de su análisis”. Este “secuestro” presenta siempre aspectos regresivos: se coloca al sujeto en una situación donde el nivel de funcionamiento de su capacidad crítica es peor y más infantil de cuanto cabría esperar, conociendo su grado de autonomía y de inteligencia de que goza habitualmente. Este debilitamiento crítico se puede hacer más general, cada vez más, es decir, generalizarse a otros campos (y así hacer nacer una tendencia a desinteresarse de todos los problemas a los cuales el sujeto podría aplicar su inteligencia de modo individual y autónomo) o bien puede ser solamente parcial, y circunscribirse en este caso sólo al psicoanálisis y al psicoanalista en cuestión.

En otros casos observamos una dependencia crónica respecto al analista que es menos profunda, y no posee un carácter propiamente infantil-regresivo, sino que es más madura, y no por esto menos difícil de erradicar: la percibimos entonces como una especie de cronificación del rol de las sesiones en el interno del equilibrio de la vida. Por ejemplo, si el tratamiento se prolonga durante varios años, en lugar de hacer que el paciente inicie una vida normal puede suceder que simplemente en parte la sustituya. En este caso, el psicoanalista se convierte en un sucedáneo crónico, en una prótesis permanente: las sesiones se convierten en un fragmento quizás pequeño pero indispensable de la vida personal y social, y incluso una parte establemente importante de la afectividad del sujeto; las sesiones le proporcionan una satisfacción “protegida”, dispensándolo de buscar en otra parte aquellas estructuras normales de relación que necesita.

Finalmente es necesario subrayar el hecho de que los problemas de transfert, a parte de no ser siempre bien gestionables por parte del analista, casi nunca se resuelven con el fin del tratamiento. No raras veces, incluso, sucede que el paciente se encuentra, al final del análisis, con una especie de síndrome de abstinencia del analista, o mejor dicho de aquel analista en particular: observamos, entonces, ansiedad y inquietud, un cierto grado de desconcierto, a veces desorientación, y a veces verdadera depresión; a menudo, nacen nuevas demandas insistentes de relaciones de dependencia. En general, el malestar más grave dura sólo algún mes,

pero si se explora a fondo en los años posteriores es fácil descubrir que la resolución de estos trastornos no es completa.

Entonces, ¿no podemos quizás considerar que éstos también son comparables a los trastornos psíquicos iatrogénicos? En parte, es cierto, no se trata en estos casos de patologías identificables y delimitables, sino más bien de inconvenientes y malestar psicológicos de carácter fluido y variable. Otras veces, sin embargo, parece lícito hablar, también en este caso, de trastornos más serio, que rayan en verdaderas patologías. ¿Cómo clasificar, entonces, estos problemas e, incluso previamente, cómo documentar mejor su existencia y peso? Es evidente que el estudio del tema se encuentra sólo en sus inicios.

Personalmente, como conclusión, considero que el método psicoterapéutico y psicoanalítico, si se usa bien, con un sentido de responsabilidad y por parte de especialistas equilibrados y con una buena preparación y experiencia, puede ser utilísimo para muchos pacientes: pero considero, al mismo tiempo, que un estudio en profundidad de sus inconvenientes, que son frecuentes y a veces graves, sea necesario y urgente, a fin que el universo de los clientes esté mejor garantizado en sus derechos, y los mismos especialistas puedan defender sus credenciales de seriedad.

---

*Aunque no de forma exclusiva el artículo se plantea la definición de la patología iatrogénica desde la perspectiva psicodinámica, y se detiene a examinar los casos en los cuales existe una relación más clara entre el tipo de tratamiento y la aparición de trastornos psicológicos identificables.*

## **Referencias bibliográficas**

CASONATO, M. (1995). Rassegna bibliografica sui disturbi indotti dalla psicoterapia. *Psicoterapia* 1, 129-134.  
BIANCIARDI, M. & TELFENER, U. (1995): *Ammalarsi di psicoterapia*, Milano: F. Angeli.

# **ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**

## **(ASEPCO)**

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

### **Socios:**

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

### **Objetivos:**

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

### **Información e inscripciones:**

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

**Dirigir toda la correspondencia a:**

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA**  
**Tel.: (93) 321.75.32**



# ¿Y SI UN GENIECILLO ME ESTUVIESE ENGAÑANDO TODO EL RATO? CONVICCIONES DE AUTOENGAÑO Y TRASTORNOS INDUCIDOS POR LA PSICOTERAPIA.

Antonio Semerari  
II Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

*A syndrome induced by psychotherapy is described. The syndrome is characterized by: 1) subjective feeling of anxious confusion; 2) pervasive and inconclusive self-reflective processes of thinking; 3) inability to choose or decide. The hypothesis is that the main feature of the disorder is patient's belief to have a basic tendency to self-deception.*

*It is discussed the way by which this belief can be generated through cognitive processes in therapeutic relationship.*

*At least, the hypothesis that psychotherapy induced disorders are basically disorders of self-reflection processes is discussed.*

---

## INVESTIGACIÓN Y OBSERVACIÓN CLÍNICA

La cuestión de si la psicoterapia es perjudicial ha ido siempre asociada a su contraria, relativa a la de su eficacia. Fue Bergin (1967), en efecto, quien en el intento de responder al reto planteado por Eysenck (1952) sobre la pretendida ineficacia de la psicoterapia, se las tuvo que ver con lo que desde aquel momento se conoce como “efecto de deterioro”.

Bergin examinó con detalle un grupo de investigaciones, cuyos resultados demostraban que no existían diferencias apreciables en la media de las mejoras con los grupos de pacientes no tratados. Con un análisis más cuidadoso pudo darse cuenta que en realidad esta coincidencia con los resultados de la media era fruto de itinerarios muy distintos entre grupos de sujetos que habían sido tratados con psicoterapia respecto a aquellos que no lo habían sido. Entre los sujetos que habían seguido una psicoterapia se encontraba un subgrupo de pacientes que habían

experimentado mejoras muy notables, a la vez que se detectaba otro subgrupo que había padecido empeoramientos mucho más notorios que los del grupo control. La coincidencia de las medias era pues resultado de un artefacto estadístico, según el cual los efectos terapéuticos y los de deterioro se neutralizaban mutuamente en el cálculo de la media estadística. En consecuencia, dedujo Bergin, la psicoterapia es eficaz pero en dos direcciones opuestas: puede curar y puede empeorar provocando nueva patología.

Strupp, 1976; Strupp, Hadley y Gomes Schwartz (1977) pasaron un cuestionario a una muestra de psicoterapeutas expertos, representativos de diversas orientaciones, sobre los efectos nocivos de la psicoterapia. Las respuestas de los setenta autores constituyen todavía hoy la fuente más importante de opiniones y de observaciones sobre los trastornos iatrogénicos, y una referencia indispensable para las sucesivas discusiones sobre este tema.

Los expertos que contestaron al cuestionario se declararon en su mayoría convencidos de la existencia de trastornos inducidos por la psicoterapia. Entre las sugerencias interesantes pueden citarse la distinción entre empeoramientos subjetivamente vividos, por una lado, y alteraciones egosintónicas que se ponen de manifiesto en las relaciones interpersonales y con los demás.

Este concepto ha sido retomado posteriormente por Gomes-Schwartz (1982) quien ha puesto de manifiesto cómo los efectos nocivos de una psicoterapia pueden considerarse desde distintos puntos de vista: a) el punto de vista social, si el tratamiento lleva al paciente a conductas demasiado divergentes de los patrones sociales; b) el punto de vista del paciente, según el cual se produce un empeoramiento si disminuye su estado de bienestar; c) el punto de vista de los expertos en psicoterapia, quienes valoran el cambio en base a las propias teorías sobre la salud mental.

Entre los trastornos inducidos por la psicoterapia catalogados por Strupp (1977) merecen destacarse la tendencia a asumir la idea que la psicoterapia conlleva la consecución de una especie de superioridad respecto a quienes no la han seguido y la tendencia a hacer de la propia terapia la base de la existencia, dejando de lado compromisos y objetivos de la vida real. El conjunto, sin embargo, de las respuestas sobre cuáles son los trastornos inducidos en concreto por la psicoterapia acaba por abarcar, de hecho, toda la psicopatología, sin que se definan cuadros sindrómicos unitarios y sin que se vea claramente el nexo causal con el tratamiento psicoterapéutico.

Una aportación relevante, hecha con posterioridad por los seguidores de Strupp, ha sido la preparación, dentro del proyecto Vanderbilt (Suh, Strupp y O'Malley, 1986) de un método específico de evaluación de los factores relacionados con un resultado negativo de la psicoterapia. En general, la investigación sobre los factores terapéuticos específicos e inespecíficos de la psicoterapia (Botella y Feixas, 1995) nos ofrece en la actualidad por contraste una serie de factores relacionados con los resultados negativos. Estas indicaciones son por ahora todavía

insuficientes para una teoría del riesgo iatrogénico. Una teoría de este tipo debería señalar, en efecto, no sólo los factores de riesgo, sino también de qué manera actúan estos factores y el tipo de trastorno que pueden inducir, hasta llegar a aislar los indicios clínicos precoces que pudieran alertar sobre una posible tendencia iatrogénica de la psicoterapia, además de los factores que pueden determinar un resultado negativo, como un abandono precoz, por ejemplo, pero que no constituye necesariamente un factor de riesgo iatrogénico.

La falta de motivación del paciente, por ejemplo, o su poca colaboración constituyen, sin duda, un factor predictivo de la ineficacia de la terapia, pero probablemente protegen del riesgo de que la terapia pueda provocar nuevos trastornos.

Los resultados negativos no coinciden, en efecto, con los efectos perjudiciales. Una terapia puede resultar negativa tanto porque deja el trastorno tal como estaba o a merced de su evolución autónoma, como porque agrava el trastorno o porque determina la aparición de nuevos trastornos. En sentido estricto sólo debería hablarse de efectos iatrogénicos o de terapia iatrogénica en este último caso, reservando la denominación de terapias ineficaces para las primeras y de terapias paradójicas al tratamiento aquellas cuya evolución consiste en un empeoramiento del mismo tipo que la sintomatología persistente, por ejemplo en una agudización del síntoma agorafóbico en un paciente que había solicitado la terapia a causa de un trastorno agorafóbico.

A su vez, los clínicos que se han ocupado de señalar los casos de trastornos iatrogénicos han centrado su atención especialmente sobre los factores técnicos y los rasgos de personalidad del terapeuta que pueden causar nuevos problemas a los pacientes. En particular han sido autores del área psicoanalítica quienes han llamado la atención sobre el riesgo de un uso rígido y estereotipado del encuadre y de las técnicas interpretativas, ya que pueden inducir en el paciente construcciones mágicas y omnipotentes de la realidad, así como formas de pensamiento y de acción gravemente regresivas (Casonato, 1991, 1995a; Fossi, 1987; Peterfreund, 1983; Schmidberg, 1970; Spence, 1993) o claramente psicóticas (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1987).

Más en concreto, Casonato (1991, 1992, 1995a), desde una perspectiva psicodinámica, Bianciardi y Telfener (1995) y Cingolani (1995), desde una perspectiva sistémico-relacional, han puesto de manifiesto cómo más que errores en la técnica en el sentido de una violación de las normas habituales, son la rigidez, la falta de complejidad teórica y técnica, el ritualismo y la esterotipia de la praxis las que se hallan, la mayoría de veces, a la base de los efectos patogénicos.

Tanto la literatura clínica, como la experimental demuestran que las terapias nocivas pueden dar lugar a distintos tipos de cuadros clínicos. Sin embargo, no se ha conseguido llegar a una descripción unitaria de cada uno de estos cuadros. Un cuadro clínico particular es algo muy distinto de un conjunto de trastornos.

Cualquier síndrome constituye un conjunto organizado de ideas, emociones, conductas, procesos psicológicos ligados por una coherencia interna y organizados según una jerarquía de mayor a menor relevancia. En mi opinión los clínicos deberían proporcionar modelos descriptivos de los trastornos iatrogénicos antes que hipótesis causales, y sólo posteriormente, en base a estos modelos descriptivos elaborar modelos explicativos que describan el papel y el mecanismo de acción de los distintos factores de riesgo.

### **UN MODELO DESCRIPTIVO: “EL SÍNDROME DEL DEMONIO CARTESIANO”**

Hace algunos años, cuando estudiaba los procesos cognitivos de la relación terapéutica, tuve la impresión de que los mismos procesos que, a mi juicio, estaban a la base de los resultados terapéuticos positivos podían explicar igualmente bien algunos graves trastornos que había podido observar en pacientes que habían terminado con resultado negativo terapias anteriores. Me parecía que las mismas hipótesis podían clarificar la naturaleza de algunas graves dificultades en que me había encontrado a lo largo de mi actividad como psicoterapeuta y que, al menos, en un caso no había conseguido resolver, viéndome obligado a enviar la paciente a un colega. A pesar de la escasez de material clínico del que disponía, me decidí a publicar igualmente (Semerari, 1991) mis observaciones considerando que el modelo era lo suficientemente claro como para poder ser objeto de confrontación o convalidación intersubjetiva, aun con una insuficiente documentación clínica. Pensaba, además, que en una discusión sobre un tema tan importante valiese la pena tanto el riesgo de ser acusado de poca documentación, como el esfuerzo por superar la resistencia a hacer públicos mis propios fracasos profesionales. Por fortuna, descubrí que no era yo sólo el interesado en el problema, de modo que se ha abierto un cierto debate, que hasta el presente ha dado origen a dos grupos de ensayos (Bianciardi y Telfener, 1995; Casonato y Semerari en prensa). Con posterioridad Casonato ha llevado a cabo un minucioso trabajo de recogida de la bibliografía existente sobre el tema (Casonato, 1995b). Estos autores han citado casos que coincidían con las hipótesis que yo había propuesto (Casonato, 1992; 1995a), mientras que otros colegas me han enviado pacientes que creían que sufrían trastornos iatrogénicos o me han referido casos seguidos por ellos, poniendo a mi disposición la documentación clínica correspondiente.

Una investigación sistemática sobre un caso de trastorno inducido por la psicoterapia se está siguiendo en estos momentos en el II Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma (Semerari, Carcione y Nicolò, 1995). Entre las varias formas de trastorno inducido por los tratamientos psicoterapéuticos hay uno que me parece se produce con mayor frecuencia y que destaca por la gravedad de su sintomatología y el grado de sufrimiento subjetivo que conlleva. (Semerari, 1991; Semerari y Procacci, 1993, 1995).

Este cuadro se caracteriza por los siguientes tres elementos:

a) Desde el punto de vista emocional se produce el predominio de una sensación subjetiva de desorientación y de confusión ansiosa, dramáticamente vivida como egodistónica. Se producen fenómenos de despersonalización y el sujeto se queja de una sensación de extrañeza respecto a sí mismo y de falta de contacto con el mundo.

b) Desde el punto de vista cognitivo los pensamientos se hallan envueltos en un proceso continuo, vago, invadente e interminable de autorreflexión, donde el sujeto se pregunta continuamente sobre el significado de los propios actos, pensamientos y emociones y sobre la naturaleza y autenticidad de las propias motivaciones. La omnipresencia del fenómeno lo asemeja a una rumiación obsesiva en la que la desesperada búsqueda de detalles, propia del pensamiento obsesivo, se halla sustituida por una sensación general de vaguedad, indeterminación y confusión.

c) Desde un punto de vista del comportamiento el elemento más sobresaliente lo constituye una grave inhibición en las elecciones dirigidas a la acción, hasta el punto de volver enormemente pesado y difícil decidir incluso entre las alternativas de acción más banales de la vida cotidiana.

Examinados cuidadosamente, estos elementos manifiestan poseer lógica y coherencia interna. Esta lógica proviene de la profunda desconfianza que estas personas guardan respecto a la propia capacidad de juicio sobre sí mismos y sobre el mundo. Esta desconfianza es, a su vez, expresión de la convicción dominante de poseer una absoluta y omnipresente tendencia al autoengaño y a la pérdida del propio juicio.

La estrategia metodológica propuesta por Descartes para fundar el conocimiento sobre bases ciertas, de imaginar un Geniecillo maligno que nos está engañando de continuo en nuestras representaciones y juicios, se convierte para estos pacientes en una convicción de base sobre la propia disposición personal, un elemento fundamental en la construcción del sí mismo. Pero en lugar de proporcionar ideas claras y distintas, este convencimiento lo convierte todo en vago e indeterminado. Por esta razón creo que la forma mejor de describir la esencia de este trastorno sea llamarlo “síndrome del demonio cartesiano”. Naturalmente la manera como los pacientes denominan a su demonio interno varía según la orientación de la psicoterapia iatrogénica que han seguido.

Un paciente que había seguido una psicoterapia de orientación psicodinámica lo llamaba “masoquismo primario”, refiriéndose con esta expresión a la propia presunta tendencia a escoger objetivos y acciones que sólo aparentemente le parecían orientados a su propio beneficio, cuando en realidad los escogía inconscientemente para autodestruirse.

Después de una terapia clásicamente freudiana otra paciente se preguntaba continua y ansiosamente si los propios estados internos eran tal como ella los sentía o parecían ser, o tal vez no estuvieran gravemente distorsionados por sus irreductibles

“resistencias” a aceptar la realidad y a sí misma.

Otra paciente después de una terapia cognitiva se preguntaba, en cambio, si las propias sensaciones no serían el fruto de algún “pensamiento irracional” y cuáles serían de entre sus pensamientos los “irracionales”.

Pero más allá de las distintas terminologías aprendidas el concepto de fondo asimilado de estos pacientes durante sus psicoterapias es precisamente el de estar dominados por una omnipresente tendencia al autoengaño.

Esta idea representa para ellos el punto de vista privilegiado sobre sí mismos. A partir de esta suposición se ven obligados a dudar constantemente de cualquier sensación o juicio propio y se esfuerzan denodadamente en la autorreflexión y la autoobservación para llegar a discernir lo verdadero de lo falso, lo auténtico de lo inauténtico. Pero el mismo punto de vista que genera el proceso autorreflexivo lo hace inútil e inacabable, dado que cualquier conclusión a que se llegue podría ser también ella misma fruto del autoengaño. No es de sorprender en este cuadro, el sentido de confusión ansiosa que domina la vida emocional de estas personas ni que la absorción excesiva y continua en los propios procesos interiores pueda provocar un sentido de extrañeza a sí mismos o de falta de contacto con el mundo.

### **EL MODELO EXPLICATIVO: ALGUNAS CUESTIONES DE MÉTODO**

El “síndrome del demonio cartesiano” representa, a mi juicio, una buena descripción de uno de los posibles resultados patógenos de la psicoterapia. Ofrece una base bastante clara para la observación clínica que permite el control por parte de otros clínicos y puede facilitar el camino a otras correcciones y eventuales desconfirmaciones.

Puede obtenerse igualmente una mayor profundidad y precisión sobre los acuerdos o desacuerdos con las técnicas actuales de investigación en psicoterapia como los registros y transcripciones sistemáticas de las sesiones, el uso de jueces independientes, etc.

La situación cambia si se considera la pregunta: ¿cómo se produce este resultado patógeno? La respuesta a esta pregunta depende en gran medida de nuestras convicciones teóricas sobre la psicoterapia y nuestras ideas sobre los trastornos psíquicos.

No todas las explicaciones teóricas tienen, sin embargo, el mismo valor. La literatura sobre los trastornos iatrogénicos ha desmontado claramente dos mitos perniciosos relativos al estudio del problema. El primero de estos es que habría algunos tipos de terapia con un mayor grado de riesgo o más perjudiciales que otras. Los casos presentados por la literatura (Bianciardi y Telfener, 1995; Casonato y Semerari en prensa), en cambio, se refieren indistintamente a todas las orientaciones psicoterapéuticas existentes.

En el caso particular del “síndrome del demonio cartesiano” he podido constatar que la aparente prevalencia de casos provenientes del tratamiento

psicodinámico era producto de un artefacto estadístico (Semerari y Procacci, 1993), debido al hecho que, al ser las terapias de orientación psicodinámicas las más frecuentes, son igualmente las que tiene una mayor probabilidad de tener un mayor número de resultados negativos.

En aquella ocasión avancé la hipótesis de que la actual difusión de las terapias cognitivas y cognitivo-comportamentales debería llevar más pronto o más tarde a la producción de trastornos semejantes en las personas tratadas con este enfoque. Poco tiempo después los colegas Graziosi y Nicolò me indicaron sendos casos que, a su juicio, después de una terapia cognitiva presentaban los mismos trastornos descritos anteriormente con pacientes que habían seguido una psicoterapia de orientación psicoanalítica, con la diferencia de que en estos casos el demonio no estaba formado por conceptos psicoanalíticos, sino por ideas del tipo “no sé si este pensamiento es racional”, “no sé si llego a reconocer mis emociones”, no sé qué pensamientos han causado esta emoción” y así sucesivamente...

El segundo mito desmontado por la literatura es el de que el daño causado por la psicoterapia sería causado fundamentalmente por terapeutas mal formados, “salvajes” o personalmente trastornados.

No existe ninguna evidencia que demuestre que un entrenamiento oficial, largo y amplio de análisis personal ponga a resguardo de la posibilidad de causar nuevos trastornos a los propios pacientes. Al contrario, en la prevalencia de los casos señalados existen buenas razones para sostener que sea precisamente la aplicación rígida de la metodología aprendida en los tratamientos oficiales o ligeros trastornos de personalidad adquiridos por el terapeuta durante el largo trabajo sobre sí mismo los constitutivos de elementos significativos de riesgo para los pacientes (Casonato, 1991, 1995a; Pani y Casonato, 1994).

Estos dos datos en conjunto implican que los factores de riesgo de la psicoterapia deben buscarse, en primer lugar, en los factores generales y comunes a los distintos enfoques psicoterapéuticos. Lo que no excluye, evidentemente, que en casos particulares, elementos de un setting particular o errores del terapeuta concreto no puedan jugar un papel. Sin embargo, una teoría del riesgo iatrógeno debe proporcionar un modelo general suficiente para identificar lo que en un proceso terapéutico normal puede resultar patógeno. En otras palabras, no podemos considerar satisfactoria una teoría del riesgo que remita simplemente a errores de terapeutas concretos, o que contemple solamente un determinado tipo de contexto.

## **EL MODELO EXPLICATIVO DEL “SÍNDROME DEL DEMONIO CARTESIANO”**

En relación específica al síndrome del demonio cartesiano la teoría explicativa debe considerar además otro dato clínico significativo. A pesar del resultado desastroso de su terapia estos pacientes continúan manifestando hacia sus terapeutas altas cotas de estima y respeto. Con frecuencia los describen como personas

competentes y capaces, seriamente comprometidas con su trabajo y que, al menos en las fases iniciales de su terapia, han servido de notable ayuda terapéutica. La confianza hacia la persona del terapeuta y la confianza hacia el método usado no se discuten, siendo atribuido el resultado negativo a sus límites y tendencias, descubiertos, entre otras cosas, en terapia por el propio paciente.

Parece que estos pacientes sienten hacia sus terapeutas aquellos sentimientos de estima y confianza que para Freud (1912) constituían los elementos característicos de un *transfert* positivo irrefutable. Sólo en algunos casos se han señalado sentimientos de temor y, a veces, de pérdida, pero nunca en sus explicaciones al principio del nuevo tratamiento se ha puesto en discusión la capacidad y la valía profesional del terapeuta anterior. Este hecho, que los pacientes hablen de sus terapeutas exactamente igual como los pacientes cuyas terapias han tenido un resultado positivo, me ha llevado a lanzar la hipótesis que el “síndrome del demonio cartesiano” no es más que una variante especial del proceso terapéutico normal.

Para comprender este punto de vista conviene considerar los procesos cognitivos normales que un paciente pone en funcionamiento en el ámbito de la relación terapéutica. Freud (1912) fue el primero en sacar a la luz la tendencia de los pacientes a proyectar sobre el terapeuta las estructuras prototípicas con que construyen sus relaciones interpersonales significativas. En su trabajo de 1912 llamó a tales estructuras clichés, aunque después han recibido otros nombres como relación objetual interiorizada, modelo operativo, sistema motivacional interpersonal, esquemas interpersonales, etc. El concepto de fondo es que cada uno posee estructuras profundas con que construir la experiencia de las propias relaciones interpersonales y que tales estructuras generan representaciones de sí mismo y del otro y de la relación. En el campo cognitivista al que me refiero, el término más usado es el de esquema interpersonal (Safran y Segal, 1990). Afirmar que el paciente proyecta sobre el terapeuta los propios esquemas interpersonales habituales no hace justicia, sin embargo, a la complejidad del proceso.

La terminología sugiere algo mecánico y fijo, una especie de automatismo o reflejo, que se halla bien lejos del conjunto inteligente y sofisticado de los procesos cognitivos implicados.

La proyección sobre el terapeuta define un contexto problemático en cuyo seno se desarrollan procesos complejos de observación, valoración y deducción. Si, por ejemplo, un paciente tiene miedo de ser humillado, la proyección de este temor sobre el terapeuta no desencadena sólo una simple previsión, sino un proceso atento de observación de la conducta verbal y no verbal del terapeuta, un intento de deducir de pequeños indicios del propio contexto terapéutico la visión general del mundo del terapeuta, un conjunto de pequeñas pruebas para comprobar las reacciones del terapeuta, etc.

Weiss y colaboradores (1986, Weiss, 1993) llaman a estas operaciones “tests de condiciones de seguridad” con que el paciente intenta valorar la seguridad



interpersonal ofrecida por el terapeuta y su acuerdo de fondo con los planos inconscientes adaptativos del propio paciente. Personalmente (Semerari, 1991) considero que los pacientes buscan valorar la disponibilidad del terapeuta y el grado de confianza que se le puede otorgar, de modo que se le pueda considerar una fuente autorizada de información sobre sí mismo.

La aplicación de un esquema interpersonal define, por sí mismo, el contenido de una pregunta y de un problema cuya solución exige del paciente un complejo trabajo cognitivo cuyo objeto es el mismo terapeuta. Esto significa que una gran parte del tiempo de la psicoterapia lo emplea el paciente en un laborioso esfuerzo por construir los que considera son los puntos de vista del terapeuta. Como cualquier trabajo mental complejo también éste tenderá con el tiempo a transformar una serie de elementos de la memoria episódica en una estructura semántica operativa. En una relación marcada prevalentemente por sentimientos de estima y confianza hacia el terapeuta el paciente tenderá a asimilar y hacer propios los puntos de vista que ha construido como propios del terapeuta. En la medida en que esta operación tenga éxito el paciente habrá asimilado una o más neoestructuras de significado con las que llevar a cabo el conocimiento de sí mismo y del mundo.

El término piagetiano de “asimilación” (Piaget, 1975) no se utiliza aquí casualmente. El paciente tiene que llevar a cabo una serie de transformaciones sobre lo que el terapeuta expresa realmente para hacerlo compatible y asimilable por la propia estructura. Además, una vez asimilada una neo-estructura, se requiere un proceso ulterior de acomodación para integrarla en el conjunto del sistema cognitivo. Durante el período de desequilibrio, de asimilación pero todavía de no integración, el paciente vive un intenso diálogo imaginario con el terapeuta en el que se atribuyen una serie de valoraciones sobre sí mismo y la realidad a la imagen interna del terapeuta.

La neoestructura que se forma construyendo los puntos de vista del terapeuta es pues operativa, pero sus operaciones son vividas parcialmente como no pertenecientes al self y atribuidas imaginariamente al terapeuta. Avanzando positivamente la terapia, sin embargo, las neoestructuras se integran como punto de vista autorreflexivo privilegiado para la comprensión y el conocimiento de los propios procesos. En otras palabras el paciente tiende a usar lo que ha asimilado de su construcción del punto de vista del terapeuta como el punto de vista con que explicarse y describirse a sí mismo.

Dado que, en general, este nuevo punto de vista autorreflexivo permite un conocimiento de sí más pleno, más heurístico, menos distónico que los precedentes, la neoestructura que lo genera merece el nombre de “neoestructura terapéutica”.

Las analogías de este planteamiento con algunas concepciones tradicionales psicoanalíticas se han discutido ya en otra parte (Semerari, 1991; Pani y Casonato, 1994). Aquí me gustaría sólo notar cómo estos procesos cognitivos pueden estar en la base de los procesos de identificación con el terapeuta que, según muchos

analistas (Fossi, 1993), representan uno de los factores más potentes de la cura. Sin embargo, si se tiene presente el “síndrome del demonio cartesiano” se comprende cómo este mismo idéntico proceso pueda llevar a un resultado iatrógeno. Como en la terapia de resultados positivos también estos pacientes experimentan sentimientos de estima y confianza hacia el terapeuta. Como en las terapias beneficiosas se esfuerzan en comprender y asimilar el punto de vista del terapeuta. Como en las terapias beneficiosas la construcción de este punto de vista constituye el conjunto de significados con que mirarse a sí mismo y comprender los propios procesos. Lo que cambia dramáticamente es el contenido. En estos casos el paciente ha construido al terapeuta como una fuente autorizada de informaciones que le atribuye una omnipresente tendencia al autoengaño. Este concepto, profundamente asimilado se aplica a la interpretación de cualquier pensamiento propio, sentimiento o acción. La desconfianza en la propia capacidad de juicio encuentra a los ojos de estos pacientes, la más autorizada de las confirmaciones.

Llegados a este punto, conviene precisar que es absolutamente imposible establecer sobre la base de la casuística existente, si efectivamente los terapeutas han sostenido estrictamente ideas como esas con sus pacientes. Lo que sabemos es sólo que este es el modo con que los pacientes han construido lo que los terapeutas les decían. Si se considera que prácticamente cada psicoterapia invita al paciente a reconsiderar el modo habitual con que éste se contempla a sí mismo, no se puede excluir que un paciente interprete esta invitación como una forma de poner en duda, por parte de una fuente autorizada, su entera capacidad de juicio.

En este punto sin una teoría del riesgo iatrogénico pueden desencadenarse círculos viciosos capaces de llevar a resultados desastrosos. Imaginemos a un terapeuta que haga notar, con razón o sin ella, a un paciente su resistencia. En este punto el paciente puede estar de acuerdo con el terapeuta en el sentido de reconocer una renuencia a admitir la verdad de una clase específica y concreta de informaciones que le afectan. Pero el paciente podría, en cambio, estar de acuerdo con el terapeuta en el sentido de pensar que se empeña obstinadamente en evitar llegar al conocimiento de sí mismos e imaginar que si se resiste tanto es que la verdad debe ser muy desagradable. En este punto comunicará al terapeuta un sentido de temor y confusión. Si el terapeuta interpreta esta comunicación como un indicador de resistencia y transmite al paciente esta idea, éste último se reforzará en las convicciones precedentes llegando a admitir tal vez explícitamente que nota la resistencia. Se creará, en definitiva, un círculo de convalidación recíproca que llevará al terapeuta a repetirse en la línea interpretativa que vuelve al paciente cada vez más confuso.

Me gustaría subrayar que el terapeuta hipotético que acabamos de describir (sacado en realidad de la narración de una paciente) no es ni salvaje, ni sádico ni mucho menos, necesariamente un despreocupado. Se trata, simplemente, de un terapeuta normal que al no estar en posesión de una teoría del riesgo iatrogénico,

ante una situación difícil tiene la reacción normal de remitirse con mayor rigidez a la teoría y a la técnica que conoce. Los riesgos de la psicoterapia, a mi juicio, no se reducen multiplicando todavía más los años de formación, sino estudiando los síndromes iatrogénicos, sus mecanismos y sus indicios precoces.

Por ejemplo, en el caso del síndrome que acabamos de describir, deben considerarse como indicios de un posible resultado patógeno las reacciones de confusión del paciente, las manifestaciones angustiosas de desconfianza en la propia capacidad de juicio, las tendencias a una actividad autorreflexiva inacabable, y deben incitar al terapeuta a no interpretar ni a dirigir preguntas al paciente que le lleven a ulteriores procesos de autorreflexión, sino a darle seguridad sobre su capacidad de juicio e invitarlo a emplear la propia actividad mental más hacia el mundo exterior y menos hacia el interior.

### **RIESGO IATROGÉNICO Y TRASTORNO DE AUTORREFLEXIVIDAD.**

De cuanto llevamos dicho hasta ahora se deduce que uno de los trastornos inducidos por la psicoterapia se manifiesta esencialmente como un trastorno agudo de la actividad autorreflexiva. Es el punto de vista autorreflexivo llevado a su exacerbación el que resulta profundamente patogénico en estos casos, a la vez que tal actividad autorreflexiva resulta extremadamente penosa y gravemente ineficaz.

Los pacientes viven con dolor un profundo sentido de distonía con sí mismos. Pero podemos preguntarnos: ¿son siempre tan agudos los trastornos a que puede llevar la psicoterapia como los de la autorreflexividad?

Algunos de los autores que respondieron al cuestionario de Strupp y colaboradores (1976) pusieron de relieve que, además de los sufrimientos inducidos por la psicoterapia que el paciente vive subjetivamente como tales, existen otros sufrimientos desarrollados por el paciente que acepta y percibe como egosintónicos, pero que son percibidos, en cambio, negativamente y constituyen fuente de sufrimiento para quienes se relacionan con él. Generalmente tendemos a sobrevalorar las denuncias de los familiares o de la pareja tomándolas como resistencias a los cambios positivos del paciente. O al contrario tendemos a pensar que tales quejas no nos incumben, dado que lo que nos interesa particularmente es el bienestar de nuestro paciente. ¿pero estamos seguros de que algunos cambios son ciertamente positivos para el paciente?

Si se considera desde el punto de vista de los procesos autorreflexivos la cuestión se vuelve más complicada. Seguros como estamos de la bondad y del poder terapéutico de la autorreflexión y del autoconocimiento, acabamos por olvidarnos de que la salud, incluida la salud mental, es siempre una cuestión de equilibrio.

Existe probablemente un equilibrio, no fácilmente definible, pero que no puede violarse gravemente sin consecuencias, entre la atención y la reflexión sobre nosotros mismos o sobre el mundo. En este caso, aunque no se lleguen a producir puntos de vista autodestructivos como en el síndrome del demonio cartesiano, no

puede acaso la psicoterapia violar el equilibrio cuantitativo entre los procesos al empujar constantemente hacia la autorreflexividad? Y cuando este equilibrio se desplaza tendenciosamente hacia los procesos autorreflexivos ¿no se paga un precio en términos de pérdida de inmediatez en la relación con las cosas que se traduce en último término en un empobrecimiento de la persona?

Probablemente esta es nuestra enfermedad profesional, dada la actitud constantemente autorreflexiva a la que nos lleva nuestro trabajo. Este desequilibrio puede que no sea percibido inmediatamente por el sujeto, que más bien puede desarrollar un sentido de dominio complaciente y de brillante sabiduría, pero puede ser advertido por los demás.

Las ocurrencias y chistes sobre el sentido de desconfianza que suscitan analistas y terapeutas demasiado taciturnos y pensativos traducen en su raíz un bloqueo y dificultad reales, tal vez, debido al exceso de actividad autorreflexiva que provoca el contacto con las cosas y con los demás.

Si a este ligero trastorno se le junta la creencia, con frecuencia colusivamente construida entre terapeuta y paciente, de que la práctica de la psicoterapia proporciona una sabiduría especial y una especie de superioridad respecto a los demás, entonces se corre el riesgo de construir un verdadero y propio cuadro de trastorno de personalidad egosintónico, carente de sufrimiento subjetivo, pero que puede comprometer gravemente la calidad de las relaciones interpersonales.

Personalmente estoy convencido de que en la medida en que avanzaremos en el estudio y profundización de los trastornos inducidos por la psicoterapia terminaremos por encuadrarlos en formas de trastornos cualitativos y/o cuantitativos de la actividad autorreflexiva. Lo que no debería resultar sorprendente, dado que la actividad psicoterapéutica invita constantemente a un aumento de la autorreflexión y a una variación de los puntos de vista con que reflexionar sobre sí mismo.

Si, por otro lado, esta hipótesis llegara a confirmarse, nos encontraríamos frente al hecho que precisamente el instrumento principal de la psicoterapia, el aumento de la capacidad autorreflexiva, resulta al mismo tiempo el mayor factor de potencialidad iatrogénica. No creo que una perspectiva de este tipo nos deba espantar. La medicina biológica está acostumbrada desde hace tiempo a convivir con la conciencia de que los elementos eficaces son, a la vez, los de mayor riesgo iatrogénico.

Como confirmación de la intuición pionera de Bergin nos veremos llevados a concluir que el riesgo no es otra cosa que la otra cara de la eficacia.

*Se propone la descripción de un síndrome inducido por la psicoterapia. Este síndrome se caracteriza por: 1) sensación subjetiva de confusión ansiosa; 2) procesos de pensamiento de tipo autorreflexivo invasores e inconclusos; 3) inhibición en las elecciones y decisiones.*

*Se plantea la hipótesis que a la base de este trastorno existe la convicción del paciente de poseer una tendencia general al autoengaño.*

*Se discute el modo en que los procesos cognitivos implicados en la relación terapéutica puedan generar tal convicción.*

*Finalmente se discute la hipótesis según la cual los trastornos inducidos por la psicoterapia se manifiestan esencialmente como trastornos de la actividad autorreflexiva.*

Traducción: Manuel Villegas Besora

## Referencias bibliográficas

- BERGIN, A.E. (1967). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *International Journal of Psychiatry*, 3, 136-160.
- BIANCIARDI, M., & TELFENER, U. (Eds.) (1995). *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- CASONATO, M. (1991). *Psicoterapia Dinamica: verso una prospettiva sistemico-costruttivista*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- CASONATO, M. (1992). Disturbi iatrogeni indotti dallo psicoanalisi. *Relazione al Convegno SIRTS sugli effetti iatrogeni della psicoterapia*, Milano.
- CASONATO, M. (1995a). Disturbi indotti dalla psicoanalisi e dalle sue applicazioni stereotipe. In M. Bianciardi & U. Telfener (Eds.), *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- CASONATO, M. (1995b). Rassegna bibliografica sui disturbi indotti dalla psicoterapia. *Psicoterapia: Clinica, Epistemologia, Ricerca*, 1, 129-134.
- CASONATO, M., & SEMERARI, A. (Eds.). *I disturbi indotti dalla Psicoterapia* (título provisional) (en prensa). Torino: Bollati Boringhieri.
- CINGOLANI, S. (1995). Come compromettere il bene alla ricerca del meglio: appunti sulle patologie iatrogene e i suoi rimedi da un punto di vista relazionale-sistemico. In M. Bianciardi & U. Telfener (Eds.), *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- FOSSI, G. (1987). *Psicoanalisi e psicoterapie dinamiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1912). Dinamica della traslazione. In S. Freud, *Opere Complete*. Torino: Bollati Boringhieri.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1982). Negative change induced by psychotherapy. *British Journal of Hospital Medicine*, 28, 248-253.
- GRAZIOSI, L. *Comunicazione personale*.
- NICOLÒ, G. *Comunicazione personale*.
- HADLEY, S.W., STRUPP, H.H. (1976). Contemporary views on negative effects in psychotherapy. *Archive of General Psychiatry*, 33, 1291-1302.
- PANI, R., & CASONATO, M. (1994). *Interazioni cliniche in psicoterapia dinamica*. Bologna: Editrice CLUEB.
- PETERFREUND, E. (1983). *The processes of Psychoanalytic Therapy*. Hillsdale: Analytic Press.
- PIAGET, J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives. Problème centrale du développement*. Paris: PUF.
- SAFRAN, J.D., & SEGAL, Z.V. (1990). *Interpersonal process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.
- SCHMIDBERG, M. (1970). Psychotherapy with failures of Psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 116, 195-200.
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- SEMERARI, A., & PROCACCI, M. (1993). Los efectos patógenos de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3, 89-99.
- SEMERARI, A., & PROCACCI, M. (1995). Effetti iatrogeni, effetti paradossi in psicoterapia. In M. Bianciardi & U. Telfener (Eds.), *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.

- SEMERARI, A., CARCIONE, A., & NICOLÒ, G. (1995). Iatrogenic psychotherapy induced disorder: hypothesis for clinical and diagnostic model. *Comunicación en el 11 Congreso de la Psicología de los Constructos Personales*, Barcelona.
- SPENCE, D. (1993). Beneath the analytic surface: the analysand's theory of mind. *International Journal of Psychoanalysis*, 74.
- STOROLOW, B., BRANDCHAFT, B.L., & ATWOOD, G. (1987). *Psychoanalytic treatment*. Hillsdale: Analytic Press.
- STRUPP, H.H., HADLEY, S.W., GOMES-SCHWARTZ, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. New York: Aaronson.
- SUH, S.S., STRUPP, H.H., & O'MALLEY, S.S. (1986). The Vanderbilt process measures: the psychotherapy process scale (VPPS) and the negative indicators scale (VNIS). In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapy process: a research handbook*. New York: Guilford
- WEISS, J. (1993). *How psychotherapy works*. New York: Guilford.
- WEISS, J., SAMPSON, H., & col. (1986). *The psychoanalytic process: theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford.

# PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PSICOTERAPIA: EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

Cecilia La Rosa

Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo (ARPAS), Roma

*On the basis of a text, written by a patient herself, the author proposes some suggestions about iatrogenic psychotherapy.*

---

Cuando la señora A. llegó al consultorio había terminado, hacía unos seis meses, una terapia analítica de seis años de duración con tres sesiones semanales, y se encontraba clínicamente deprimida. Me preguntó explícitamente si podía ayudarla con una terapia farmacológica sin someterla a un psicoanálisis o a una psicoterapia. Acordamos encontrarnos para realizar entrevistas de control una vez cada quince días o incluso menos frecuentemente. La motivación de tal demanda era atribuida al estado de malestar y de grave confusión que el análisis realizado le había ocasionado y al consiguiente deseo de no apoyarse en otra persona por miedo a perder la posibilidad de “pensar con su propia cabeza”. La segunda demanda que hizo la señora A. se refería a la garantía de mi asistencia sin un límite prefijado en el tiempo puesto que el fin del análisis, no deseado por ella, y en un momento muy difícil de su vida, había sido para ella muy traumático.

Decidí aceptar sus demandas prometiéndole explícitamente hablar sobre ellas en los encuentros sucesivos, le prescribí una terapia farmacológica antidepresiva con hipnóticos para la noche debido al insomnio que padecía e iniciamos los encuentros cada quince días. En el curso de los primeros encuentros la señora A. me contó brevemente su anterior análisis, insistiendo sobre todo en su finalización que, impuesta por el analista, se había llevado a cabo inexorablemente a pesar de dos graves pérdidas recientes en la vida de la paciente. Nuestras sesiones proseguían con la elaboración de los dos duelos, la reconstrucción de la historia familiar en busca de los motivos que la llevaban a sentirse frágil frente las separaciones y en un

período final sobre la comprensión de las dificultades en las nuevas situaciones interpersonales surgidas en su vida. Durante la terapia no utilicé a penas la técnica de la interpretación, privilegiando intervenciones relacionadas con la vida real, y la búsqueda y acogida de las explicaciones más próximas a la historia personal y a las vivencias emocionales. La terapia farmacológica se suspendió después de seis meses ya que la sintomatología depresiva más grave había remitido, la terapia contra el insomnio y ansiolítica se disminuyó y se suspendió después de casi dos años. Actualmente las sesiones tienen una frecuencia variable entre quince y treinta días y tratan básicamente temáticas interpersonales. La posibilidad de finalizar la relación terapéutica, por el momento, no ha sido aún examinada y, a mi entender, resulta todavía prematura.

Durante estos tres años de trabajo, el tema de la terapia anterior ha sido comentado muchas veces, con referencias, asociaciones, y momentos de rabia expresados por la paciente, aunque nunca habría sido yo quien lo hubiera introducido. La señora A. muchas veces había expresado el deseo de escribir sobre su experiencia analítica. Acordamos algunos temas que podía utilizar como preguntas o guías para redactar mejor su experiencia: 1) la eficacia del análisis; 2) su estado al final de la terapia; 3) a qué atribuía su malestar y la falta de éxito o fracaso de la terapia, especificando si se trataba de factores relativos a la relación terapéutica o a las técnicas usadas por el terapeuta.

Cuanto sigue es la transcripción íntegra del texto de la señora A.

*“El final de la terapia se ha caracterizado por un estado de depresión causado por varios factores. En primer lugar, el duelo por la falta de una relación que ha durado siete años con una frecuencia trisemanal, que ha acompañado y marcado de modo significativo el curso de mi vida, asumiendo un rol de centralidad respecto al resto de relaciones. En segundo lugar, el hecho que el fin de la terapia coincidiera con una serie de separaciones en mi vida afectiva y, por tanto, con un período de grandes dificultades. A esto se ha añadido el sentimiento de ser abandonada por parte del analista, el cual se ha atenido al término prefijado para finalizar el análisis a pesar de la situación que se había creado.*

*La depresión se manifestó con un sentimiento de pérdida irremediable, no sólo de una relación a la cual estaba aún vinculada como a un salvavidas, sino también de un Yo que probablemente adquiría sentido en el interno de esta compleja y conflictiva relación terapéutica, pero que al finalizar no se podía reconocer ni aceptar.*

*Se produjo entonces el sentido de disgregación, de pérdida de mi Yo anterior al análisis y de un Yo actual que aparecía fragmentado, indigno de estima y de confianza mía y de los demás. El sentimiento de vergüenza, de falta de estima y de fracaso han prevalecido sobre todo lo demás, junto con pensamientos suicidas y deseos de “desaparecer”.*

*El sentimiento de desorientación se agravó por el hecho de encontrarme sin*



*instrumentos de conocimiento y de comprensión de lo que realmente me había sucedido a lo largo de aquellos años, de las verdaderas causas del malestar que experimentaba y del sufrimiento psíquico que continúa prevalenciando. Ninguna de las interpretaciones que se me habían dado durante los largos años de análisis me parecía en aquel momento plausible ni tranquilizadora y esto aumentaba mi sentimiento de confusión y disgregación.*

*El trabajo analítico se basaba en gran parte en asociaciones, en sueños y en interpretaciones con un setting bastante tradicional. El núcleo fuerte de las interpretaciones que el analista me iba dando conducían a la imagen de una persona agresiva e incapaz de relacionarse con equilibrio con el mundo externo y con los demás, de distinguir entre sí misma y los otros. La interpretación de mi infancia se centraba sobre la idea edípica de una niña que intentaba separar a los padres para conquistar al padre y tenerlo sólo para ella. Una interpretación que dejaba de lado, con dolor y, a veces, incluso con rebelión de parte mía, la vivencia afectiva de una infancia real pasada con padres muy fríos y distantes, tanto entre ellos como con los hijos, que han dejado un vacío de modelos afectivos que aún perdura y que ha marcado junto con el problema de soledad gran parte de mi vida.*

*Durante todos estos siete años ha sido imposible un trabajo de reconstrucción de la infancia y de la historia personal real, trabajo que se etiquetaba de “arqueológico” y no psicoanalítico, para privilegiar, en cambio, siempre el análisis e interpretación de las así llamados “introyecciones fantasmáticas”. Esto a veces se llevaba a cabo con un lenguaje tan oscuro y lejano de mi formación cultural que me suscitaba un sentimiento ambivalente: la rebelión por un lado y el aumento de la fascinación que me inspiraba la figura de una persona tan culta y tan fuera de cualquier control.*

*Cada rebelión a las interpretaciones dadas era calificada como “resistencia” e interpretada como parte del transfert positivo o negativo con el analista y, por tanto, naufragaba cada vez miserablemente en el vacío.*

*El mensaje de fondo sobre mi familia fue desde el inicio culpabilizador respecto a mí: yo no había correspondido a su amor y a sus esfuerzos, no había entendido las razones y las dificultades de los padres respecto a una hija “difícil”. Mis numerosas enfermedades infantiles habían organizado, a causa del estado de soledad y de una desarrollada capacidad de introspección, las fantasías agresivas y perversas en relación con ellos.*

*Este modelo interpretativo, aunque a duras penas aceptado, dió sus frutos. Mi situación familiar pronto tomó otra dirección, se reinició un diálogo con mis padres separadamente, comencé a considerarles desde su punto de vista y renegué de algunas opiniones negativas que siempre había tenido sobre ellos. En un cierto sentido era un modelo que encajaba bien con mis sentimientos de culpa de mala hija, que se había marchado muy joven de casa de los padres, que no les había dado ninguna satisfacción.*

*Este tipo de relación, un poco falsificado y hecho innatural por el entusiasmo debido a la nueva situación que se había instaurado, ha durado sólo el tiempo del análisis, para dejar lugar, seguidamente, a una relación más realística, basada en la distancia, en la neta separación de la esfera más íntima, pero también con la aceptación recíproca, impensable antes del análisis.*

*Al final del análisis, el hecho de no haber resuelto este tipo de problemática afectiva me ha hecho sentir perdida, con una imagen deteriorada de mí misma y esta vez sin las defensas de una cierta agresividad que me permitía afrontar el mundo y el trabajo, sin aquellos paliativos afectivos que me permitían tirar adelante durante algunos periodos, y sobre todo sin la relación con el analista, en sus diversas modalidades, que se había convertido en central en mi vida interior”.*

Después de la lectura del texto mecanografiado, la señora A. y yo consideramos oportuno, de común acuerdo, realizar dos sesiones seguidas. La paciente me expresó enseguida su alivio al haber podido finalmente dar curso a las emociones relativas a su anterior relación terapéutica, añadiendo que se había dado cuenta al escribir que las dudas a hablar sobre este tema estaban ligadas a la suposición de que yo experimentase dificultades en tomar una posición definida respecto a su anterior terapia. La demanda de escribir y las preguntas a responder le habían hecho comprender que yo estaba de su parte y que “reconocía” la posibilidad de un resultado negativo de la anterior terapia. La señora A. tenía razón: ante sus palabras he recordado con claridad mi malestar ante la idea de “pensar mal” o “hablar mal” de un colega y la consiguiente dificultad de empatizar con sus vivencias negativas.

En relación con su relato intentaré hacer una esquematización ateniéndome en gran medida a la teorización de Antonio Semerari sobre el tema (cfr. Semerari, 1995).

1) De su relato y de las informaciones que tengo sobre la paciente parece claro que en la anterior terapia se había estructurado una relación terapéutica intensa y de confianza, que el terapeuta había sido considerado como fuente autorizada de conocimiento sobre sí misma o, en otras palabras, como figura de apego fundamental en la vida de la paciente.

2) Las interpretaciones fueron vividas por la paciente durante largo tiempo como “discordantes” respecto a sus recuerdos y a sus emociones en relación con sus padres, oponiéndose la paciente repetidamente a estas lecturas; tal oposición ha sido interpretada como resistencia (cfr. Casonato, 1995).

3) La discordancia de puntos de vista con el terapeuta fue provocando una creciente angustia y confusión dando origen a un inicio de un proceso de autoreflexión basado en la invalidación gradual de las propias percepciones sobre su historia familiar, sobre sus emociones y sobre su imagen de sí hacia la asimilación del punto de vista del terapeuta. Tal proceso es descrito como una gradual “sumisión” al terapeuta vivido como “validador autorizado” (Semerari, 1991), pero también como “jerárquicamente dominante” en el seno de una dinámica interpersonal,

donde la aplicación estereotipada de la interpretación es vivida como irrenunciable y no rechazable (sobre las relaciones de dominancia-subordinación en las relaciones interpersonales (cfr. Liotti, 1994, cap. 6).

4) La adopción del punto de vista del terapeuta llevó a un alivio y a una mejora del clima de las sesiones, a un alivio de la angustia de la paciente en sesión y, en consecuencia, a un aval “objetivo” del punto de vista terapéutico; la posibilidad por parte de la paciente de adoptar el punto de vista del terapeuta se vió facilitada en gran manera, a mi entender, por la particular tendencia de la paciente a asumir culpas y responsabilidades y a utilizar el mecanismo de la autodevaluación, tendencia que coludió notablemente con la formación teórica del terapeuta y sus interpretaciones; el problema de la adecuación de las interpretaciones parece, pues, haberse superado por la importancia de la relación terapéutica que llevó a la paciente a reconsiderar radicalmente su punto de vista, asumiendo las informaciones provenientes del terapeuta.

5) La adhesión al punto de vista terapéutico llevó a la paciente a una invalidación continua de sus emociones y comportamientos en su vida real causada por el desarrollo de la creencia de poseer una tendencia al autoengaño, y a una sensación de plena tranquilidad y cohesión del sí-mismo únicamente en el interior de la relación terapéutica convertida en algo totalizador.

6) El final de la terapia, vivido como un abandono y una traición, comporta el rechazo de las nuevas hipótesis sobre sí, adoptadas por “amor” pero no integradas aunque permanece la crítica básica de las anteriores descripciones del sí-mismo. Tal situación lleva a la paciente a una grave estado de confusión, unida a la depresión por los duelos de vida y por la separación del terapeuta.

## CONCLUSIONES

En un interesantísimo capítulo titulado “Trastornos inducidos por el psicoanálisis y por sus aplicaciones estereotipadas”, Casonato (1995) hace un atento análisis, corroborado por una vasta bibliografía, de las posibles problemáticas relativas a una aplicación poco correcta y demasiado rígida de la teoría psicoanalítica. Entre las acciones patógenas en términos de intervenciones, Casonato describe los riesgos de las interpretaciones kleinianas que, a causa de su precocidad y profundidad puesta en juego en la terapia, podrían: a) dar una imagen muy dominante del terapeuta ante el cual el paciente reaccionaría con una progresiva sumisión (Balint, 1968); b) resultar intrusivas y desintegrantes en los mundos psicológicos de los pacientes que las vivirían como réplicas de la invasión que ha caracterizado sus experiencias infantiles (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987). Tales consideraciones parecen adaptarse al caso de la señora A.; a este propósito considero significativa la profunda emoción que experimentó la paciente a partir de la lectura del libro de Alice Miller “El niño no escuchado”, donde la autora critica la tendencia del análisis tradicional de reconducir la responsabilidad de los síntomas al sujeto sin

dar espacio a los traumas reales sufridos en la infancia, perpetuando la cadena de la llamada “pedagogía negra” (Miller, 1981).

Semerari (1995) plantea la hipótesis según la cual una clase de trastornos que causan daño iatrógeno, se manifiestan con una alteración cuantitativa o cualitativa de la autoreflexividad que denomina “Síndrome del demonio de Descartes”. Tal tendencia a una autoreflexividad invasora sería el resultado de la convicción nacida durante la terapia de tener en el propio interno una tendencia al autoengaño sobre las propias percepciones de sí mismo. La idea de tener una tendencia al autoengaño se originaría a partir de la confrontación entre las propias ideas sobre uno mismo y las interpretaciones no coincidentes del terapeuta. La asunción total del punto de vista terapéutico comporta una egodistonia de las experiencias y de las percepciones en la vida real que se convierten en poco integrables en la visión de sí mismo generando un grave estado de confusión.

Considero que la señora A. ha padecido el “Síndrome del demonio de Descartes” sobre todo “durante” la terapia psicoanalítica. El sentimiento de pérdida y la rabia ligada al sentirse abandonada por el analista han dominado rápidamente tal sintomatología dándole un sentido de integridad en el seno de tales acontecimientos dolorosos. Al disminuir la sintomatología depresiva ha surge un cuadro inmodificado o ligeramente empeorado del trastorno de personalidad que la caracterizaba antes de la terapia analítica, complicado por fases de depresión referidas a la dificultad de elaborar la sensación, autoatribuida, de fracaso ligado a las vicisitudes de su vida interpersonal incluido el análisis.

A este cuadro hay que añadir, como resultado del trabajo precedente, el empeoramiento de la ya dificultosa capacidad de confiar en alguien, tanto en la vida interpersonal como en una nueva terapia.

Hablando de daño iatrógeno causado por la terapia, en casos como la señora A., resulta evidente el riesgo mayor que corren las estructuras de personalidad que tienden a la atribución a sí mismos de aspectos de responsabilidad y culpa o sensibles a los temas de la crítica o de la autodevaluación. Tales estructuras podrían coludir fuertemente con las técnicas analíticas basadas en la interpretación. De igual manera podría ser peligrosa la colusión entre estructuras de tipo obsesivo y técnicas de tipo cognitivo comportamental que se fundamentan sobre la autoreflexividad.

El daño iatrógeno causado por la terapia es un tema de investigación y de reflexión que se presta, por otra parte, a múltiples lecturas, y puede dar pie a puntos de vista contradictorios. En efecto, estamos sólo en el inicio de una investigación que implicará a todas las escuelas de psicoterapia, en el interés de nuestros pacientes y de un mejor realización de nuestro trabajo.

*Se transcribe integralmente el escrito de una paciente referido a su punto de vista sobre la precedente terapia considerada "iatrogénica". A partir del texto propuesto por la paciente la autora desarrolla algunas reflexiones sobre el daño causado por la psicoterapia.*

Traducción: Empar Torres i Aixalà

### **Nota Editorial:**

Este artículo apareció con el título "Danno da psicoterapia: Il punto di vista del paziente" en *Psicobiettivo*, 15, pp. 63-68, 1995. Agradecemos el permiso para su publicación.

### **Referencias Bibliográficas:**

- BALINT, M. (1968). *The basic fault*. London: Tavistock
- CASONATO, M. (1995). Disturbi indotti dalla psicoanalisi e dalle sue applicazioni stereotipe. In M. Bianciardi e U. Telfner (Eds.), *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- MILLER, A. (1981). *Il bambino inascoltato*. Torino: Bollati Boringhieri.
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- SEMERARI, A. (1995). Psicoterapia iatrogenica e disturbi dell'autoriflessività: La sindrome del demone di Cartesio. In *Psicoterapie iatrogene* (título provvisorio). Torino: Bollati Boringhieri (in corso di stampa).
- STOLOROW, R., BRANDCHAFT, B., & ATWOOD, G. (1987). *Psychoanalytic treatment*. Hillsdale: Analytic Press.

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

La REVISTA DE PSICOTERAPIA es una revista internacional escrita en castellano con la colaboración de algunas de las plumas de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia que lleva publicados ya veinte números monográficos desde su aparición en el año 1990 sobre temas como esquizofrenia, depresión, eficacia terapéutica, relación terapéutica, integración en psicoterapia, emociones y psicoterapia, grupos terapéuticos, entre otros.

Es una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría y la psicología. Una publicación de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Se compone de las siguientes secciones habituales: artículos, casos clínicos, experiencias terapéuticas, entrevistas e investigación.

## CAMPAÑA DE PROMOCION AÑO 1997 OFERTAS PARA NUEVOS SUSCRIPTORES

Con la suscripción se consigue un descuento sobre el precio de venta al público que es de 1.600 ptas. para los números sencillos y de 2.000 ptas. para los dobles y se obtiene además la ventaja de recibir puntualmente la revista en casa sin costes adicionales de correos. Además a los nuevos suscriptores se les obsequia con uno de nuestros números publicados con anterioridad, según las siguientes

### MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

#### **A.- Suscripción para el año 1997 (números 29-32):**

Oferta por **4800 ptas.** (IVA incluido) (que es el precio normal de suscripción) + Regalo de un número monográfico de la anterior Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, dedicado a los "Procedimientos de Intervención Psicoterapéutica".

#### **B.- Suscripción por dos años 1996 y 1997 (números 25-32):**

Oferta por **9000 ptas.** (IVA incluido) + un ejemplar a elegir de los números sencillos publicados en años anteriores, según existencias.

**Para información y suscripciones dirigirse a**

REVISTA DE PSICOTERAPIA  
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)  
c./ Francesc Tàrraga, 32-34 - 08027 BARCELONA  
Tel.: (93) 408 0464 - Fax: (93) 352 4337

# ENTREVISTA CON HUMBERTO MATURANA

M<sup>a</sup> José Hernández Estévez

Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Tacoronte, Tenerife

M<sup>a</sup> Virtudes Ortega Martínez

Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Laguna, Tenerife

*In this interview, professor Maturana talks about the consequences of his our living together and for psychotherapy. It is stated that psychotherapy works by restoring the biology of love. Love is conceived as the actions by which the other emerges as a legitimate other in living with us.*

---

El profesor Humberto Maturana, nacido en Chile, es uno de los científicos más prestigiosos del mundo. Revolucionó el mundo de la ciencia con su teoría biológica del conocimiento que parte de la tesis que no se puede hacer referencia a una realidad independiente del observador. Para nombrar uno de los aspectos más importantes de su teoría, Maturana ha inventado la palabra “autopoiesis”, que significa que los seres vivos son sistemas en continua producción de sí mismos. Esta teoría produce un cambio en la mirada al mundo y apunta a mejorar la convivencia entre los hombres.

El profesor Maturana se explica con el rigor de un científico y escuchándole se palpa su armonía interior y se comprende que su teoría es posible. Al conversar con él, resulta un hombre natural, cálido y acogedor. Empezó a estudiar Medicina en 1948. Después estudió en Inglaterra y E.E.U.U.. Y, tras convertirse en doctor en la Biología por la Universidad de Harvard, volvió a Chile para incorporarse a la Facultad de Medicina.

Nuestro interés por el pensamiento de Maturana surge de sus aplicaciones en el ámbito de la psicoterapia. La asistencia al Máster en Terapias Cognitivas impartido en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna nos permitió realizar esta entrevista. Para nosotros, las ideas de Maturana han cambiado nuestra manera de estar en el mundo y de desarrollar nuestro trabajo como terapeutas.

## **¿Cómo explica lo que ocurre en la terapia?**

Yo pienso que la terapia opera en la restitución de la biología del amor. ¿Y qué es la biología del amor? Pues, la biología del amor es la biología de la convivencia en la dinámica a través de la cual el otro surge como un legítimo otro en convivencia con uno. Y todo lo que hace la terapia es contribuir a que se restituya ése ámbito de convivencia. Si esto ocurre, el paciente no consultará más porque habrá desaparecido el sufrimiento. Así, por ejemplo, si ha habido una pérdida tendrá los recuerdos de pena correspondientes, pero no estará en el sufrimiento. Por qué se consulta cuando se está en el sufrimiento. Yo no consulto al terapeuta porque me duele el dedo que me corté, pero sí lo hago siempre si me duele siempre. Lo hago porque estoy atrapado en el dolor, porque el dolor está presente siempre. Ahora bien, el día que yo acepte mi corte y ame mi dedo cortado exactamente igual como si no se hubiese cortado y la circunstancia en que se cortó sea para mi aceptable podré tener pena porque me quedó una cicatriz, pero ya no estaré atrapado en el dolor. Otro ejemplo, no se consulta por pelearse una vez con el novio, pero sí que se hace si se pelean una y otra vez y resulta que el modo de relacionarse es ese y al mismo tiempo no quieren separarse.

Toda consulta que no sea por una situación de lesión fisiológica tiene que ver con sufrimiento, con distorsiones o negaciones de la biología del amor. Fíjense lo que estoy diciendo, ¡es bien audaz! Estoy diciendo que sólo pasa una cosa y que hay una única terapia.

Yo las invito a ustedes a ver todas las situaciones de efectividad terapéutica y van a ver que pasa eso. Lo que hacen las distintas técnicas es restituir la biología del amor en el ámbito del vivir del que consulta

## **Pero al mismo tiempo que se consulta por el sufrimiento, el paciente le pide al terapeuta que le cambie...**

Exactamente. Pero ¿por qué voy a querer cambiar si no estoy en el sufrimiento?... No me acepto a mi mismo, el ser como soy es una continua fuente de dolor.

## **Entonces, cuando el paciente acude solicitando el cambio, ¿debemos decirle que se acepte tal como es?**

No. Acéptelo usted primero que nada. Escuche lo que está diciendo. A lo mejor dice que quiere cambiar algo, pero no es eso necesariamente lo que quiere cambiar. Usualmente, en el relato de la queja va a aparecer todo, lo que pasa es que uno se demora en escuchar.

## **También, con frecuencia, se le solicita al terapeuta cómo controlar todos los aspectos de la vida**

Exactamente, porque vivimos en una cultura del control, creemos que todo debe ser controlado, pensamos que ese es el modo de relacionarse. Yo tengo que



controlar esta conversación de modo que ustedes no me pregunten cosas impertinentes... Ustedes también deben controlarla para que el profesor Maturana no se vaya a creer que ustedes... Pero si vivimos en el mutuo respeto no tenemos que controlar nada. Podemos estar en desacuerdo y entonces nos separamos. Podemos disfrutar de la compañía y entonces estamos juntos.

### **Los pacientes también suelen solicitar cómo controlar las emociones**

Claro, porque se piensa que las emociones se pueden controlar. La emoción es una dinámica corporal que se vive con un dominio de acciones y se está en una emoción o no. Siempre se está en un emocionar. Estamos en la serenidad, en la indiferencia, en el interés, en la alegría, en el miedo... Hay emociones que solamente son posibles al vivir en el lenguaje como la vergüenza, que requiere una cierta definición de cómo se está en relación a un espacio de conductas esperadas.

Las emociones no son controlables, pero la reflexión sobre ellas las cambia. En el momento en que me doy cuenta de mis emociones éstas cambian. ¿Quiere decir eso que controlo mi emoción? No.

### **¿Se expresa la emoción?**

No, se vive. Para el otro es expresada, para mí es vivida. El otro dice, por ejemplo, que yo estoy expresando mi enfado. Yo lo estoy viviendo. A veces, se le dice a alguien: ¡tienes que expresar tus emociones! ¡como si uno tuviese algo adentro! Entonces lo que uno empieza a hacer es transformar su emocionar en un tener cosas: enojo, alegría, amor... Y por eso tiene que expresarlo, confundiendo el emocionar con el hacer.

Yo nunca expreso mis emociones, las vivo. Con esto estoy diciendo que si estoy enfadado me conduzco según el enfado. En el proceso de darme cuenta de mi estar enfadado y mirar mis circunstancias a lo mejor se me pasa o, a lo mejor, no sólo no se pasa, sino que me pongo furioso. Pero no es que yo tenga un enfado que expresar, sino que soy mi enfado. Ahora cuando le pido a la persona que exprese sus emociones, la atrapo en la descripción de su emocionar. Yo pienso que es un error pedirle a las personas que expresen sus emociones. En cambio, no es un error pedirles que se den cuenta de su emocionar, porque entonces pueden ser responsables no de la emoción sino de su vivir. De ahí la potencia de la reflexión. Pero la reflexión es un acto de emoción. Y para poder reflexionar tengo que soltar mi certidumbre. Si tengo enojo, ¿cómo lo suelto?. En cambio si estoy en la dinámica del enojo eso es una parte, no soy yo, es un fluir, no es algo que se tenga.

### **¿Y qué es el sentimiento?**

El sentimiento es la reflexión que un observador hace sobre cómo está en su emocionar.

### **De alguna manera nuestra cultura nos enseña a no respetar nuestro emocional.**

Exactamente. Claro, las emociones tienen que ser controladas porque son distorsiones de nuestro ser racional. Se piensa que son situaciones degradantes. Pero si usted las respeta no las tiene que controlar, las mira. Lo interesante es que en el momento en que uno las mira, se interfiere con ellas. Si usted va manejando su automóvil y alguien le hace un comentario sobre cómo lo maneja, el manejo del automóvil se interfiere porque uno tiene la atención sobre lo que está presente. Por eso, la indicación de la reflexión es potente. Para poder reflexionar tengo que hacer una operación en la emoción, no en el discurso. Y así es cierto lo que se dice de que no basta con hablar de algo, porque no es el discurso lo importante sino lo que pasa con la emoción.

### **Usted dice que el amor es el dominio de las conductas a través de las cuales el otro surge como un legítimo otro en convivencia con uno. Pero, ¿cómo aceptamos al otro en toda su legitimidad?**

Aceptándolo. La biología del amor es la convivencia en el ámbito de las acciones a través de las cuales el otro surge como un legítimo otro. No se trata de aceptar las características del otro, sino de que surja como legítimo otro, incluso en la negación.

Ahora bien, puede que el otro tenga cosas que no me gustan y entonces establezco distancia. Pero establezco la distancia porque yo no quiero estar ahí.

Supongamos que yo pensase que ésta es una conversación que yo no quiero tener y digo disculpándome que me quiero ir. Ustedes pueden vivir esto de varias maneras. Pero el que me vaya a hacer mi vida no tiene por qué ser vivido como una negación de ustedes ni viceversa. Porque si no, vivir es una continua exigencia. El aceptar que el profesor Maturana se vaya a hacer su vida sin que uno se sienta negado, es operar en la biología del amor. Sería aceptar la legitimidad de que no quiera estar aquí con ustedes. De modo que si esto es así, ustedes pueden tener la absoluta tranquilidad de que estoy aquí porque quiero estar. Pero nosotros vivimos en una cultura que no acepta que la gente esté donde está porque quiere, sino que tiene que ser estar por alguna ventaja. No nos respetamos. El otro no surge como un legítimo otro en la convivencia. No operamos en la biología del amor, sino en la biología de la autoridad, de la competencia, de la exigencia. Enseñamos a los niños a estar continuamente en lucha, a buscarse una identidad afuera, en las cosas, a no ser desde ellos sino desde las cosas que tienen, a pretender ser lo que no son, a mostrar una buena imagen. Pero si nosotros convivimos en la biología del amor, vamos a conducirnos con otros seres legítimos y nos equivocaremos aquí, habrá dolor acá, pero vamos a estar en una dinámica que nos va sacando continuamente del sufrimiento y de la mutua negación o de la exigencia.

### **¿Se acaba el amor al convivir?**

Depende. Pero si hay exigencia se acaba. Por ejemplo, si se exige a la pareja que sea de una cierta manera, tenga la seguridad de que se acaba. Porque el amor se da en el respeto por sí mismo y por el otro, pero no necesariamente aceptando la convivencia cuando las características del otro que no respeta no son las que uno quiere para la convivencia. Si no, ocurre que uno vive atrapado en la acusación o en la frustración, porque el otro no es como uno quiere. “Yo esperaba que tú fueses así”. Pero ¿por qué tenía que ser así? “Es que tú me hiciste creer que eras así”. Pero ¿cómo le voy a echar al otro la culpa de las cosas que yo creí en mi ceguera de no verle como era? ¿Y cómo era? Era como estaba surgiendo en la relación conmigo, pero como yo estaba en otra creencia no veía al ser que estaba surgiendo conmigo y cuando lo veo me frustra.

Nosotros hacemos sufrir a nuestros seres más queridos al exigirles que sean de una manera determinada. Ahora bien, nadie es de una manera determinada. Fíjense que es bien interesante, si se está en la biología del amor, ese ser legítimo va a danzar con uno.

### **Y ¿cómo es que uno se encuentra con el otro y está en la aceptación o en la negación?**

Yo creo que eso depende mucho de la historia personal y de las reflexiones que haya hecho a lo largo de su vida. Así, si por ejemplo un niño crece en la exigencia, no sabrá tratar al otro como un legítimo otro. Creerá que el modo de ser natural es ser exigente: tendrá que hacer las cosas bien, tendrá que ser honesto, ético... y, entonces, resulta que la honestidad y la ética pasan a ser exigencias. Se pierde la naturalidad de la espontaneidad.

### **¿Qué entiende por felicidad?**

No desear.

### **¿No es bueno desear, tener aspiraciones?**

Usted pregunta a la persona equivocada, porque yo le voy a decir que no tengo aspiraciones.

### **¿Y deseos?**

No como aspiraciones. Por ejemplo: yo quería ser biólogo. Empecé estudiando medicina hasta que finalmente me doctoré en Biología. Pero no era una aspiración, era una orientación en el vivir. Por tanto, ser biólogo no era un éxito. En cuanto tuve mi doctorado no culminé nada, no cumplí un deseo. Era seguir viviendo nada más, pero no se había satisfecho una ambición. Cuando se tienen ambiciones o aspiraciones, siempre se está al borde de la frustración. Porque las aspiraciones nunca se satisfacen. Entonces uno le exige al mundo que las cosas pasen como uno quiere,

pero ¡nunca pasan!. En cambio, si uno tiene una orientación sobre lo que le gusta hacer o lo que le gustaría completar, entonces resulta que se va moviendo en el mundo. Alguien me dijo una vez que era un hombre de éxito, pero ¿qué quiere decir eso?, ¿que he obtenido todo lo que he querido? No. Eso no es cierto. Sí, pero tiene un reconocimiento público. Bueno, pero eso es un regalo que la vida me hace. Porque si para mí el ser reconocido como profesor Maturana fuese una aspiración, cada vez que eso no me pasa estaría en la frustración. ¿Cuántas veces me ha pasado? Muchas veces. El mundo no tiene porque transformarse en torno mío de modo que las cosas que yo quiero, pasen. En términos de sufrimiento, uno crece en el saber lo que desea, pero no como una aspiración.

**Muchas gracias, profesor Maturana.**

---

*En esta entrevista, el profesor Maturana habla sobre las consecuencias de su teoría para nuestra convivencia y para la psicoterapia. Plantea que la psicoterapia opera a través de la restitución de la biología del amor. Se concibe el amor como las acciones a través de las cuales el otro surge como un legítimo otro en la convivencia.*

Nota editorial:

Esta entrevista apareció en *Síntesis Psicológica*, 1 (1), pp. 6-11, 1996.  
Agradecemos el permiso para su publicación.

### **Bibliografía básica de Humberto Maturana:**

- MATURANA, H. (1970). Neurophysiology of cognition. In P. Garvin (Ed.), *Cognition: A multiple view*. New York: Spartan.
- MATURANA, H. (1970). *Biology of cognition*. Urbana, Illinois: University of Illinois.
- MATURANA, H. (1978). Biology of language: The epistemology of reality. In G.A. Miller & E. Lenneberg (Comps.), *Psychology and biology of language and thought: Essays in honor of Eric Lenneberg*. New York: Academic Press.
- MATURANA, H. (1986). *Ontology of observing: The biological foundations of self-consciousness and the physical domain of existence*. Manuscrito inédito, Universidad de Chile, Santiago.
- MATURANA, H. (1988). Reality: The search for objectivity, or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 25-82.
- MATURANA, H. (1988). Ontología del conversar. *Terapia Psicológica*, 10, 15-23.
- MATURANA, H., & VARELA, F. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of living*. Boston: Riedel.
- MATURANA, H., & VARELA, F. (1984). *El árbol de conocimiento*. Paris: Unesco. (Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1984).

# DE JUAN CON MIEDO A JUAN SIN MIEDO

Elena Mariscal

---

En numerosas publicaciones aparece el término relación terapéutica referido y utilizado indistintamente como sinónimo de interacción. Sin embargo son dos fenómenos distintos, a mi juicio, que hemos de tener en cuenta en nuestro trabajo como psicoterapeutas. Mientras que la relación terapéutica implica una serie de acuerdos previos entre terapeuta y su cliente, además de un vínculo más o menos afectivo, el término interacción incluye algo más: la personalidad del terapeuta y el papel que ésta juega en el proceso terapéutico al entrar en contacto con la personalidad del cliente, así como los esquemas de acción y reacción que se activan en los intercambios que el *setting* de ayuda favorece. En este sentido el término relación define una cualidad más estable, mientras que interacción tiene un carácter más dinámico y personal.

En el caso que voy a presentar, desarrollado en el contexto terapéutico de la asistencia pública, queda muy patente este fenómeno puesto que mi cliente se caracterizaba por un trastorno de personalidad evitativo en el Eje II, además de problemas de ansiedad en el Eje I (según DSM-IV).

El paciente, al que llamaremos Juan, tenía 23 años en el momento de la primera visita y era estudiante en último curso de una carrera de tipo técnico. El problema que presentaba era un elevado estado de ansiedad y tensión generalizada que había provocado un “bloqueo” de tipo emocional durante unas semanas y le impedía cualquier tipo de actividad, sobretodo de carácter intelectual, razón por la que se decidió a buscar ayuda profesional.

Desde la primera sesión me encontré con un problema importante en la interacción con Juan, no hablaba a no ser que se le preguntara directamente y sus aportaciones eran breves y cortantes cuando no monosilábicas. Respondía de tal forma que apenas daba información suficiente para poder trabajar con fluidez.

Al principio no le di demasiada importancia puesto que no nos conocíamos y pensé que necesitaba tiempo para sentirse a gusto en una situación nueva para él, la terapia. Sin embargo las sesiones avanzaban y nuestra relación continuaba igual: yo preguntaba y él se limitaba a contestar de forma breve y evitaba responder si tenía ocasión. Debido a mi personalidad extrovertida, me encontré llenando los vacíos y silencios que no llenaba mi cliente e incluso acabé desarrollando una nueva habilidad: intuía sus estados de ánimo fijándome en sus expresiones de cara, sus

gestos o posturas. Llegué a tal estado de sofisticación que conocía perfectamente casi todo su repertorio gestual y sus equivalencias emocionales. De este modo me encontraba a mi misma reformulando comentarios o intervenciones en función de sus respuestas no verbales y encontraba reforzador el hecho de “acertar”. Puesto que no tenía *feedback* verbal por parte de Juan aprendí a buscar e interpretar otro tipo de respuesta, la no verbal.

Cuando llevé el caso a supervisión por primera vez se comentó que yo tenía que solucionar un problema, tenía que superar mi ansiedad ante los silencios y no pretender llenarlos sino, con señales o frases inconclusas, intentar que Juan los llenara de alguna forma.

Más adelante descubrí que mi reacción como “adivina” no era algo casual sino que se producía como respuesta a una forma particular de interacción con mi cliente. En una de las sesiones Juan explicó que cuando era pequeño su madre se enfadaba y le reñía cuando no hacía algo que no le había indicado que hiciera. Juan sentía que debía “adivinar” las cosas que tenía que hacer, en qué momento y de qué manera, porque si no su madre se enfadaría con él. Como esto era muy complicado terminó por hacer caso omiso de las broncas de su madre y encerrarse en sí mismo.

De modo que, tal y como él se veía obligado a interactuar con su madre, intentando adivinar sus pensamientos y deseos, me sentía yo en mi papel de terapeuta, buscando indicios, puesto que Juan nunca expresaba de forma explícita sus pensamientos o emociones.

Mi cliente tenía varios miedos en su relación con los otros, quizá el más importante era el temor a ser controlado y el recuerdo constante de la actitud intrusiva de sus padres en su infancia y adolescencia ante la cual reaccionó cerrándose, refugiándose en sí mismo y en sus fantasías.

No fue hasta la siguiente sesión de supervisión que descubrí cómo mi actitud de preguntar, explorar... propia de mi rol como terapeuta podía ser interpretada por Juan como un intento de intrusión y que, con sus silencios simplemente estaba defendiéndose, tal y como había aprendido, de posibles intentos de control por parte de los otros. Mi forma de comportamiento me estaba llevando a cometer dos errores en la interacción con Juan, el primero llenar los vacíos con explicaciones, resúmenes o comentarios que debería llenar él con lo cual reforzaba la creencia de que era incapaz de relacionarse y, en segundo lugar, mis continuas indagaciones y preguntas, presionándole cada vez más para que hablara podían hacer que se sintiese invadido de nuevo, como cuando sus padres le preguntaban para luego criticar o sermonear respecto a su conducta. Juan no sabía que yo no criticaría su comportamiento si me daba la información pero este mecanismo estratégico de adaptación se activaba en su relación conmigo.

Llegamos a este punto en el que me sentía más como un “saca-corchos” que como terapeuta, puesto que las sesiones se me hacían cada vez más difíciles y mis expectativas de que la actitud de Juan cambiara con el paso del tiempo no se

cumplían pues continuaba con su actitud monosilábica y evitativa.

De hecho Juan no hacía otra cosa sino reproducir sus esquemas de relación (trastorno evitativo de la personalidad) en la terapia y en su interacción conmigo.

Juan había vivido una infancia con unos padres muy intrusivos, que siempre criticaban su actuación y ponían mucho énfasis en el cumplimiento de las normas y en el cómo se debían hacer las cosas, dejando poco espacio para la incertidumbre. Uno de los grandes temores de Juan era el miedo a ser controlado por sus padres, a que le invadieran por completo su espacio personal para criticarlo o menospreciarlo. Por lo tanto, para no darles ocasión de ello, fue desarrollando como mecanismo adaptativo el ir cerrándose cada vez más en su mundo interior y no dejaba entrar a nadie en él, no explicaba ni comentaba nada, porque si lo hacía inmediatamente era juzgado o criticado. La dinámica que Juan había vivido en su infancia y adolescencia le había llevado a pensar que: *“para que no te controlen es mejor no dar información sobre ti mismo”* y esto era precisamente lo que hacía en las sesiones de terapia.

Cuando se hicieron evidentes todos estos temas y pude entender mejor el funcionamiento psicológico de Juan, sus mecanismos de adaptación y su forma particular de interacción, las cosas mejoraron en nuestra relación puesto que Juan empezó a confiar más en mí, a explicar sus pensamientos y sentimientos más ocultos y me proporcionó una explicación de por qué no lo había hecho hasta entonces. En la sexta sesión le pregunté qué era lo que le preocupaba del trabajo de introspección que hacíamos en la terapia a lo cual contestó:

*“Es que son cosas mías y no quiero que nadie se entere..., si te lo explico me localizarás fallos y me encontrarás ridículo”.*

A partir de aquí surgió un nuevo tema de trabajo, el temor al rechazo por parte de los otros si accedían a su mundo interior porque se darían cuenta de lo “insignificante” que era y prefería ocultarse a tener que pasar por una situación de rechazo. En este punto debo hacer una conexión con mi vivencia de interacción con Juan, precisamente el temor a ser juzgado y rechazado le llevaba a rechazar/evitar mis preguntas o intentos de profundizar en algunos temas, temía que yo le rechazara al encontrarlo ridículo y antes que exponerse me rechazaba él, evitando responder a mis preguntas. Se establecía, de esta forma, el mecanismo típico del fóbico, anticiparse a las consecuencias negativas de la situación y poner los medios para evitar el malestar, los mecanismos evitativos.

A medida que avanzamos en la historia de mi vivencia en el trabajo terapéutico con Juan podemos localizar cómo cada uno de los mecanismos que se catalogan dentro del espectro Ansiedad - Fobia social - Trastorno evitativo de la personalidad, van surgiendo en la interacción terapeuta-cliente de forma natural y lo importante que puede ser localizar a tiempo esta información para utilizarla convenientemente de forma terapéutica.

Otro de los factores que pudo influir en la actitud cerrada de Juan en las

primeras sesiones fue, sin duda, el modelo terapéutico que utilicé en ellas. Puesto que la demanda era de tipo sintomático utilicé el modelo cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad y dedicamos las sesiones iniciales a entrenamiento en respiración, trabajo con círculos viciosos, etc. Desde esta forma de trabajo no se favorecía demasiado la colaboración de mi cliente con lo cual al cambiar a una orientación más cognitiva en las siguientes sesiones pudo sentirse desorientado, pues Juan no sabía qué era exactamente lo que se esperaba de él. Este punto es importante pues Juan había desarrollado una estrategia adaptativa muy interesante. Como sus interacciones sociales eran mínimas y, partiendo de la creencia implícita “*si discutes con alguien o le llevas la contraria te rechazará*”, Juan se dedicaba a observar la conversación, localizar el hilo argumental del otro y “adivinaba” qué era lo que al interlocutor le gustaría escuchar o cuál era su postura sobre un tema, de forma que cuando Juan se veía obligado a opinar se dedicaba a “seguir la corriente” al orador de turno. Las sesiones iniciales de exploración y tratamiento del síntoma ansioso favorecían este patrón de “seguir la corriente” y se mostraba colaborador y atento pero callado y distante. A Juan este tipo de modelo terapéutico le resultaba muy cómodo pues podía interaccionar utilizando sus propios recursos sin hablar demasiado de sí mismo sino del síntoma.

De modo que no solamente influye en la interacción terapeuta-cliente la personalidad y estrategias de relación de ambos sino el tipo de modelo en el que se basa el trabajo terapéutico.

La terapia con Juan se desarrolló en cuatro fases diferenciadas y basadas en distintos modelos de trabajo:

- I: Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad.
- II: Reestructuración cognitiva (según Beck).
- III: Exploración de significados y estrategias de relación (según modelos y técnicas constructivistas).
- IV: Trabajo emocional (técnicas Gestalt).

Las dos primeras fases estaban más relacionadas con el síntoma, la segunda conectó fácilmente con la tercera puesto que surgieron muchos de sus temores, fantasías y creencias que pudimos trabajar en las siguientes etapas de la terapia.

De esta manera, a pesar de que Juan no hablaba mucho, desde las primeras sesiones, los problemas de evitación aparecieron más en la tercera fase puesto que se potenciaba una exploración de tipo conjunto terapeuta-cliente y era necesario que él diera su opinión (cosa que no podía hacer por miedo al rechazo o a equivocarse de respuesta) y no dedicarse a seguir mis instrucciones. En este punto apareció otro de los temores de Juan, el miedo a no ser perfecto, a decir algo inconveniente, a no saber la respuesta... Kelly tiene una frase muy acertada a este propósito “*si no sabes lo que va mal en un cliente, pregúntaselo, quizá él te lo diga*”. Esto fue exactamente lo que hice y me contestó:

*“Es que no sé, no tengo claro qué es lo que tengo que decir, cuál es la*



*respuesta, por eso prefiero esperar a ver qué dices tú”.*

Costó bastante que Juan abandonara esta versión de la terapia como si se tratara de una clase en la que uno iba a aprender cosas sobre la vida y fue el modelo constructivista el que nos ayudó a salir de aquí. En una de las sesiones le planteé a mi cliente si la vida era un camino a seguir o un camino a construir mientras caminamos. Me respondió que hasta ese momento siempre había pensado que las cosas sólo podían ser de una manera y que en la terapia estaba descubriendo que había varias formas de ver las cosas y esto le desconcertaba, que pensar esto le hacía sentirse ansioso y le costaba mucho pensar de esta manera. Supongo que esta sesión fue clave en el proceso de Juan puesto que su sistema de construcción rígido de la realidad estaba en crisis, el síntoma reapareció pero no de forma patológica sino como señal de inestabilidad del sistema que propiciaba el cambio. En este momento las técnicas conductuales para el control de la ansiedad ya no servían puesto que la ansiedad de Juan era de tipo existencial, era algo así como: *“Mi construcción del mundo no sirve, no es lo suficientemente flexible, tengo que buscar otra más adaptativa y no sé cómo hacerlo”.*

En la actualidad Juan ha terminado la carrera y está haciendo planes para su futuro profesional pero reconoce que *“el futuro es incierto”*, lo asume y valora las diferentes alternativas sin obsesionarse con ello. La tolerancia a la incertidumbre se ha desarrollado en él y al finalizar la carrera no ha habido ningún tipo de “bloqueo”, tiene recursos para seguir adelante sin miedo.

Evidentemente nuestra relación ha cambiado mucho. En las últimas sesiones Juan decidía de qué temas tratar y por qué. Ahora mi papel es más secundario, soy más espectadora de su cambio que agente puesto que él se siente más seguro y yo más tranquila. Hemos reformulado el contrato terapéutico, Juan quiere trabajar temas emocionales, ve la necesidad de “sacarse de encima” antiguos rencores hacia sus padres y trabajar su “abanico emocional” de forma que, ante otro momento de crisis existencial puedan aflorar otras emociones y no canalice siempre hacia la ansiedad. Aún recuerdo la primera vez que le propuse hacer una “silla caliente”, me miró con cara de pánico y acto seguido me dijo:

*“No, no quiero hacerlo”,*

ahora quiere probar, explorar, Juan ya no tiene miedo.

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
APARTADO DE CORREOS 90.097  
08080 BARCELONA  
Tel.: (93) 321 7532**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)  
c./ Francesc Tàrrega, 32-34  
08027 BARCELONA  
Tel.: (93) 408 0464  
Fax: (93) 352 4337**