

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

ΨΨΨΨΨΨ€

105

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 27, Número 105, Noviembre, 2016 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:
Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurroa Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortíz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

María de los Angeles López González, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñoz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España
M^a Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Deposito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el **resumen** y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El **resumen** (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La **tercera página** comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las **citas textuales o directas** (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido** del autor, **Año**, **número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre **comillas dobles**; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en **bloque**, en un **renglón separado**, con indizado de **5 espacios sin comillas**. Las **citas indirectas o no textuales** (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido** del autor, **Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una **nueva página**, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el **40%** de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los **últimos cinco años**. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial). En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información. Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la Revista de Psicoterapia.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la Revista de Psicoterapia son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO

Monográfico: Una perspectiva clínica desde la Psicoterapia Integrativa Mar Gómez Masana

Editorial: Una perspectiva clínica desde la Psicoterapia Integrativa	1
Mar Gómez Masana	
Entre Dos Mundos: El Self Encapsulado	3
Marye O'Reilly-Knapp	
El Proceso Relacional de la Rabia desde una Perspectiva Personal. "Te odio porque te necesito"	21
Angela Burper	
Psicoterapia Integrativa en Intervención con Familiares en Duelo por Suicidio	39
Yarima Etxeberria Ibáñez	
Los Fallos en la Relación Terapéutica, ¿Inevitables y Necesarios?	51
Paul G. Guistolise	
Los Hilos Silentes: Trabajando con la Introyección	59
Amaia Mauriz Etxabe	
La Verdad Os Hará Libres: La Expresión de un Honesto "Adiós" Antes de la Muerte de un Ser Querido	75
Richard G. Erskine	
Proceso Relacional de Grupo e Intersubjetividad: La Presencia y la Sintonía como Factores Terapéuticos en Psicoterapia de Grupo	85
José Manuel Martínez Rodríguez	

——Artículos de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Revisión de la investigación de Eventos Significativos en Psicoterapia mediante Análisis de Tareas	99
José L. Benítez-Ortega y Miguel Garrido-Fernández	
Corporalidad y construcción del cambio: La disposición relacional en psicoterapia	123
José Oriol Rojas Matín	
La Resiliencia en los contextos de Refugio. Revisión bibliográfica	139
Iciar Villacieros Durbán	

CONTENTS

Monographic: A Clinical Perspective from the Integrative Psychotherapy

Mar Gómez Masana

From the Editor: A Clinical Perspective from the Integrative Psychotherapy	1
Mar Gómez Masana	
Between Two Worlds: The Encapsulated Self	3
Marye O'Reilly-Knapp	
The Process of Anger in Relationships: A Personal Perspective. "I hate you because I need you"	21
Angela Burper	
Integrative Psychotherapy Intervention with Family Members in Grieving over	39
Yarima Etxeberria Ibáñez	
Failures in the Therapeutic Relationship: Inevitable and Necessary?	51
Paul G. Guistolise	
The Silent Threads: Working through the Introjection	59
Amaia Mauriz Etxabe	
The Truth Shall Set You Free: Saying an Honest "Goodbye" Before a Loved-one's Death	75
Richard G. Erskine	
Relational Group Process and Intersubjectivity: Presence and Attunement as Therapeutic Factors in Group Psychotherapy	85
José Manuel Martínez Rodríguez	

—Open Access Articles—

(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Review of Task Analysis Research of Significant Events in Psychotherapy	99
José L. Benítez-Ortega y Miguel Garrido-Fernández	
Corporality and change construction: Relational disposition in psychotherapy	123
José Oriol Rojas Matín	
The Resiliency in Refugee context. A review article	139
Iciar Villaceros Durbán	

EDITORIAL: UNA PERSPECTIVA CLÍNICA DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

FROM THE EDITOR : A CLINICAL PERSPECTIVE FROM THE INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica - Psicoterapeuta

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez Masana, Mar (2016). Una perspectiva clínica desde la Psicoterapia Integrativa. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 1-2.

En este monográfico se presenta una selección de artículos clínicos desde la perspectiva de la Psicoterapia Integrativa que, sin poder naturalmente, ser exhaustiva, muestra una buena parte de los conceptos centrales de este modelo teórico.

Abre el monográfico el texto clásico de O'Reilly-Knapp, no por ello menos actual, donde la autora nos muestra el abordaje profundo del proceso esquizoide desde el Análisis Transaccional Integrativo, con la estrategia primitiva de protección en un self encapsulado y oculto, y las intervenciones desde la teoría y los métodos de la Psicoterapia Integrativa como la base de una psicoterapia relacional y profunda. Además, O'Reilly-Knapp nos presenta su clasificación de un nuevo tipo específico de patrón de apego inseguro, que nos facilita la mejor comprensión de este proceso, y nos muestra cómo trabajar el vínculo desde el desarrollo evolutivo.

Burper, en un relato en primera persona, comparte algunos fragmentos de su propio proceso terapéutico, mostrando la experiencia de la rabia, en sus aspectos más genuinos y también autoprotectores y cómo en dicho proceso se realiza una actualización de la experiencia de la rabia en distintos Estados del Yo Niño y en el Estado del Yo Adulto.

Sigue un caso clínico sobre el impacto del intento de suicidio de una persona allegada, donde Etxeberria, desde un escenario de psicoterapia individual, presenta la cura relacional desde la presencia terapéutica, poniendo énfasis en los métodos de la Psicoterapia Integrativa y en las necesidades relacionales.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: margmcar@copc.cat

© 2016 Revista de Psicoterapia



La siguiente contribución, también un texto clásico, nos lleva a la reflexión acerca de los inevitables errores terapéuticos. Guistolise ilustra algunos de los fallos del terapeuta y la importancia clínica de tomar la responsabilidad de reparar dicho fallo, para no reforzar las creencias de guion del cliente, y no cometer así un segundo error. También, cómo la transferencia y la contratransferencia pueden ser un instrumento y una oportunidad de reparar heridas relacionales tempranas. Y de este modo, el cliente pueda experimentar un fallo relacional como algo natural que ocurre en el encuentro, y que la reparación relacional es posible.

Mauriz en su aportación, plantea cómo la influencia introyectada de las figuras parentales y significativas en el desarrollo de la persona, así como las influencias transgeneracionales, requieren del tratamiento intrapsíquico del vínculo de los Estados del Yo Padre y las lealtades de los Estados del Yo Niño, en una psicoterapia profunda y completa.

En su contribución sobre el duelo anticipado ante la muerte de un ser querido, Erskine plantea la importancia de «revelar la verdad» y poder actualizar la relación en el presente, con esa persona significativa, para expresar un despedida genuina, ilustrado con un caso clínico.

Y por último, Martínez en su texto propone el paradigma intersubjetivo en psicoterapia para el abordaje y resolución de los trastornos del self, planteando los métodos de la Psicoterapia Integrativa como una guía de tratamiento intersubjetivo. Identifica y describe los diferentes niveles relacionales en el escenario de la psicoterapia de grupo, y como en el proceso relacional de grupo se produce la cura. Cierra su aportación con el relato clínico de una sesión en un grupo terapéutico hospitalario.

Esta selección de aportaciones, quieren ilustrar la perspectiva clínica de la Psicoterapia Integrativa, los métodos intrapsíquicos, relacionales y grupales para el tratamiento del guion de vida, los componentes intrapsíquicos de un sistema arcaico, las funciones del Yo, la reorganización de la personalidad, así como las interrupciones del contacto, tanto a nivel interno como externo, cuando las necesidades adultas están comprometidas. Y dado que el psicoterapeuta, en la relación co-creada con el cliente, necesita de su sintonía y su implicación para realizar una indagación sensible y cuidadosa con el cliente, también se hace evidente la importancia de la psicoterapia personal del psicoterapeuta, la necesidad de supervisión y del desarrollo profesional continuado, tanto para la psicoterapia, como para la docencia.

Barcelona, septiembre 2016

ENTRE DOS MUNDOS: EL SELF ENCAPSULADO

BETWEEN TWO WORLDS: THE ENCAPSULATED SELF

Marye O'Reilly-Knapp

Doctora en Ciencias de la Enfermería (D.N.Sc.), Supervisora Clínica, es analista transaccional certificada. Trabaja como psicoterapeuta en consulta privada y es co-directora de Phoenix Center en Devon (Pennsylvania). Profesora adjunta de la Widener University en Chester (Pennsylvania) y colaboradora del Instituto de Psicoterapia Integrativa en Nueva York, NY.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

O'Reilly-Knapp, M. (2016). Entre Dos Mundos: el Self Encapsulado. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 3-19.

Resumen

Este artículo explora la naturaleza del proceso esquizoide, en el que el retraimiento permite proteger al individuo del colapso psicológico. La persona que emplea las defensas esquizoides para sobrevivir teme vivir en una relación y se separa tanto de las experiencias que conforman el mundo externo como del self interior. Una vez atrapada entre sus conflictos externos e internos, es posible que la persona se retraiga en un encapsulamiento autístico –un método de protección primitivo– y afronte la vida en un estado de aislamiento, ambivalencia y confusión. Este artículo contempla el modo en que la condición esquizoide puede manifestarse como estados autísticos y disociativos e introduce un cuarto patrón del apego inseguro. Se utilizarán ejemplos de casos para ilustrar las experiencias fenomenológicas del mundo confinado y reservado del esquizoide y para identificar la forma de usar el contacto y los métodos de indagación, implicación y sintonía en una relación terapéutica intensiva.

Palabras clave: *relación terapéutica, proceso esquizoide, self oculto, estado disociativo, retraimiento, conflictos, apego inseguro*

Abstract

This article explores the nature of the schizoid process, in which withdrawal serves to protect the individual in the face of psychological collapse. Someone who uses schizoid defenses for survival fears living in relationship and splits off from both the external world of experiences and the inner self. Caught between external and internal conflicts, the person may withdraw into autistic encapsulation, a primitive method of protection, and life is endured in a state of isolation, ambivalence, and confusion. This article considers how the schizoid condition may manifest as dissociative and autistic states, and a fourth pattern of insecure attachment is introduced. Case vignettes are used to illustrate the phenomenological experiences of the schizoid's unspoken and sequestered world and to identify how contact and the methods of inquiry, involvement, and attunement are used in an intensive therapeutic relationship.

Keywords: *therapeutic relationship, schizoid process, hidden self, dissociative state, withdrawal, conflicts, insecure attachment*



La persona de condición esquizoide lleva una existencia aislada y confinada, desconectada del mundo exterior y con un mundo interior compartimentado. Esta fortaleza invisible, tal y como la describió Bettelheim (1967), restringe severamente el contacto de la persona con los demás al tiempo que refuerza ideas que ella misma ha generado y que se hallan basadas en la fantasía. Participar en la vida le resulta una amenaza, de modo que sólo tolera a los demás para poder sobrevivir. Los individuos esquizoides vieron truncada en su infancia la emergencia de su self y ese estado de encapsulamiento sustenta la integridad y la continuidad de un self, por muy limitado y confinado que sea.

Entender el modo en que se forja la condición esquizoide requiere examinar las etapas tempranas del desarrollo, la formación del sistema de guion y el impacto de las relaciones en la organización y la consolidación tanto de un sentido del self en sí mismo como de un sentido del self en relación con otros.

En los primeros años, la experiencia se elabora y se organiza en términos de sensaciones o de ego corporal. La esencia misma del bebé se plasma en las experiencias corporales sentidas y en la relación temprana con el cuidador primario. Esta relación permite que se desarrolle una sensación de interrelación en la que el bebé experimenta un “yo”. Cuando las experiencias más tempranas del bebé se componen de transgresiones y amenazas, sin nadie alrededor que le ofrezca protección o consuelo y cuando las vivencias posteriores refuerzan la idea de un mundo peligroso e inseguro, una gran parte del potencial de la persona para experimentar plenamente su self queda afectada. Una vez arrojadas fuera de la consciencia, estas partes fundamentales de los estados del self (estados de “yoidad”) son almacenadas como estructuras mentales encapsuladas que preservan la integridad y la continuidad de un sentido subjetivo del self. Las fijaciones arcaicas – aquellas partes de las experiencias de la niñez que no fueron integradas – también quedan aprisionadas fuera de la consciencia en forma de estados disociativos.

¿Qué se requiere en una relación terapéutica para que las partes blindadas e incommunicables del cliente esquizoide puedan ser expresadas, escuchadas y comprendidas? Y, al mismo tiempo, ¿cómo podemos mantener la integridad y la consistencia del cliente toda vez que facilitamos la emergencia del self? Estas dos preguntas, así como la descripción del mundo esquizoide como disociativo y autístico, constituyen el tema central de este artículo.

Como analistas transaccionales, nos hallamos en una posición única a la hora de trabajar con los componentes intrapsíquicos e interpersonales de un self oculto para el mundo e incluso para la propia persona. Consideramos la formación de los estados del yo (Berne, 1961), el sistema de guion (Erskine y Zalcman, 1979) y la teoría y los métodos de un Análisis Transaccional Integrativo (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999) como la base de una psicoterapia relacional y profunda.

Las escisiones del self: constructos de Fairbairn y Guntrip

Al describir el retraimiento esquizoide, los teóricos de las relaciones objetales Fairbairn (1952) y Guntrip (1968/1995) sugirieron que el ego se escinde en cuatro partes. Fairbairn describió dos escisiones. La primera se compone del ego central en contacto con el mundo exterior y de otra parte del ego que se retrae al mundo interior. La segunda escisión tiene lugar cuando el ego retraído se escinde en el ego libidinal y el ego antilibidinal. Mientras el ego central trata desesperadamente de afrontar el mundo exterior, un ego persecutorio (el ego antilibidinal) obstruye las necesidades y los deseos del niño (el ego libidinal). El conflicto interno creado entre las necesidades deseadas y las necesidades menospreciadas o descontadas sume la esfera intrapsíquica en la confusión y el desconcierto. Cuando se les pregunta qué necesitan, las personas esquizoides suelen contestar: “No lo sé” o bien “De verdad, no importa”.

Guntrip añadió una tercera y última escisión del ego antilibidinal entre el ego oral y el ego regresivo. Por tanto, el dilema de la posición esquizoide es el siguiente:

Ahora la totalidad primitiva del ego se halla perdida en una escisión cuádruple, con un ego central debilitado que ha de arreglárselas con el mundo exterior, un ego libidinal exigente en el interior perseguido por un ego antilibidinal enfadado y finalmente un ego regresivo agotado que conoce y acepta el hecho de que el miedo le sobrepasa y de que jamás encajará con la vida a menos que, por decirlo de alguna manera, huya hacia una convalecencia mental, donde pueda estar tranquilo, sentirse protegido y tener la oportunidad de recuperarse. (Hazell, 1994, p. 178)

Una persona que ha escindido partes de su self ha perdido la perspectiva respecto al mundo exterior y a la experiencia interna. La formación del ego queda obstaculizada. Erskine (1997) describe cómo se pierde una parte del self; yo lo concibo más bien como el self oculto. En realidad, la parte aislada de la persona ha quedado tanto perdida como oculta.

Marie buscó tratamiento porque estaba deprimida y se sentía sola y aislada. Contó que siempre lo hacía todo por sí misma porque nunca tuvo a alguien que la ayudase. Relató que cuando era niña se sentía invisible. Si se le pregunta qué quiere o qué le apetece, no tiene “ni idea”. Se vive a sí misma como “congelada en el tiempo y en el espacio”.

Entre objetos: el aislamiento y la disociación como defensas

La defensa esquizoide impide la relación con el otro y la conexión con uno mismo. En mi trabajo con personas que usan la condición esquizoide como forma de protegerse, observo que no se trata sólo de un retraimiento primitivo (por ejemplo hacia una forma de ser autística), sino también una posición defensiva disociativa usada para proteger la continuidad de la existencia. La habilidad de separar las experiencias de la consciencia y de usar la disociación cuando el self se ve amenazado, permite al individuo escapar del peligro percibido. El aislamiento, así

como la separación de las experiencias internas y externas, se convierte en un escudo contra circunstancias desbordantes.

En un estudio con 12 bebés cuyas madres padecían depresión severa, Fraiberg (1987) observó estados de entumecimiento fisiológico, donde el retraimiento llevaba a la inmovilización y al bloqueo. De forma similar, a los esquizoides, la retirada al aislamiento y la compartimentalización de las experiencias no integradas les permite seguir existiendo dentro un sistema defensivo marcado por la vigilancia continua, la confusión y la soledad. Las tentativas de conectarse, seguidas del retraimiento respecto a los demás e incluso a uno mismo, mantienen a la persona en un aislamiento perpetuo, renunciando a las relaciones objetales externas y viviendo como lo que Guntrip (1968/1995) denominó “espectador indiferente” (p. 18).

Los individuos esquizoides se retraen de los objetos internos perturbadores o poderosos. Es posible que encuentren un aislamiento temporal en el claustro del aislamiento, un lugar que les permite descansar del agotamiento y la intensidad de la agitación tanto interna como externa. Sin embargo, este retraimiento distante y extremo es tan remoto que la persona queda totalmente desconectada: sus carencias, sus necesidades y sus requerimientos le son desconocidos. Las barreras primitivas mantienen a la persona aislada e incluso perdida respecto al self.

Mi premisa es la siguiente: *en la condición esquizoide, la persona vive en un mundo de aislamiento creado por el retraimiento respecto a los otros; la persona también vive en una matriz de experiencias vitales que no han sido integradas, mientras que, al mismo tiempo, trata de arreglárselas con el mundo exterior. Vive entre medias –como si estuviese suspendida– porque no existe la sensación de un lugar en el que asentarse o de algo a lo que denominar “yo”. El retraimiento, junto con las partes disociadas del self, permanece compartimentalizado. Por ejemplo, al recordar su estado autístico, Williams (1993) se describió a sí misma como viviendo en un mundo de ceguera, sordera y mudez perpetuas a pesar de que pudiese ver y escuchar y tuviese la capacidad de hablar. Utilizaba su retraimiento y sus estados disociativos para proteger y sostener su vida. Este tipo de encapsulamiento autístico representa una protección para el niño y cuando se mantienen en la edad adulta, se convierte en una dinámica protectora fijada en el estado del yo Niño. El ser capaz de identificar los estados del yo y especialmente los estados del yo Niño me ha ayudado a trabajar con esta posición arcaica y temprana así como a manejar el proceso primario inherente a la condición esquizoide.*

Entender y apreciar el trabajo de Winnicott (1988) sobre las conmociones también me ha resultado útil a la hora de trabajar con individuos esquizoides. Una forma de manejar una conmoción es tratar de huir de la disrupción o del shock porque resultan insoportables. Si nadie aporta alivio o consuelo, entonces se prueba otra solución. Parece que el encapsulamiento autístico tiene lugar porque el mundo es demasiado, de modo que la persona se retira a un espacio que los clientes describen como “la nada”, “un agujero negro”, “un caparazón”, “congelamiento” y “no pertenencia al mundo”. Khan (1974) menciona a una clienta que se describía

a sí misma como “alguien que vive en una manta”. (p. 142). Uno de mis propios clientes escribió “el dolor es demasiado, quiero que se vaya. Puedo hacer que se vaya porque yo me voy, incluso de mí mismo”.

Para estos individuos, puede haber poca conexión con el mundo real porque ni siquiera tienen forma de conectar con su propia consciencia de quiénes son realmente. La fantasía sustituye la realidad. El mundo se vuelve peligroso, con nadie que apoye, valide o normalice los pensamientos y los sentimientos. La norma acaba siendo un apego precario, en el mejor de los casos y a menudo la evitación de los demás. Semejante retraimiento a un estado del yo Niño fijado permite a la persona sobrellevarlo; sin embargo, estas adaptaciones refuerzan respuestas arcaicas en lugar de permitir la evolución del self así como nuevas posibilidades de afrontar problemas. A menudo estas personas cuentan que se sienten como una “cosa”, proyectan en los demás su sensación de ser un objeto e imaginan que a su vez serán tratados como tal y no como una persona.

En resumen: los trabajos de Fairbairn, Guntrip, Bettelheim, Khan, Ogden y Winnicott apoyan mi conclusión de que el encapsulamiento autístico es la forma de organización más primitiva de la psique y la forma más temprana de retraimiento. Esta existencia retraída usada como protección está en el núcleo de la condición esquizoide. Ahí también nos encontramos con las fijaciones del desarrollo y los estados disociativos que refuerzan el retraimiento, de los que hablaremos en la siguiente sección de este artículo.

Desapego y encapsulamiento: el self oculto

Gracias a las investigaciones más recientes sobre el desarrollo, ahora sabemos que el bebé participa de forma activa y diferenciada en su entorno (Cassidy y Shaver, 1999; Marrone, 1998; Stern, 1985). También sabemos que para que tenga lugar un desarrollo sano, un bebé necesita la presencia de una figura materna cariñosa que le ayude a orientarse en el mundo y en última instancia en su propia existencia. Tal y como escribió Bettelheim (1976): “Primero el bebé tiene que convertirse en importante para otro ser humano al que pueda influenciar y que por tanto se vuelve importante para él” (p. 229). La influencia mutua facilita el desarrollo al dotar al bebé de una conciencia de quién es “yo”. A través de las acciones del bebé y de las respuestas adecuadas de un Otro afectuoso, se incita al bebé a salir al mundo con una conciencia incipiente de su self y de la conexión con los demás en su entorno. Por el contrario, una persona con una defensa esquizoide no llega a percibir invitaciones a estar en el mundo y con los demás. En la estructura esquizoide, la escisión mantiene la necesidad de contacto y de conexión con los demás fuera de la consciencia.

Trabajar el vínculo puede ayudarnos a entender cómo perduran el aislamiento y el desapego respecto a los demás en el compromiso esquizoide. (El compromiso implica permanecer suspendido entre el contacto deseado con los demás y el retraimiento respecto a ellos). Al desarrollar su teoría del apego, Bowlby (1958/

1969/1973/1988) identificó los vínculos afectivos como la base para el desarrollo de una personalidad segura e independiente. Cuando se da una separación, una amenaza a la separación o una falta de respuesta a la necesidad de apego, primero el niño protesta llorando y moviendo su cuerpo en un intento de recuperar a la madre. El niño no sólo está enfadado, sino ansioso. Si no hay respuesta, el niño se da cuenta de que no vendrá nadie y se vuelve triste y silencioso. Agotado y solo, el niño finalmente se despega de la situación e incluso de su propio sentido del ser. En el trauma acumulativo (Kahn, 1974), donde se dan brechas en el rol de la madre y tal vez incluso un trauma que conlleve una importante vulneración de los límites, el desapego puede ser uno de los componentes primarios para afrontar la situación y sobrevivir. La receptividad del otro, generalmente un otro preferido, es la respuesta recíproca que se necesita cuando se activa alguna necesidad. Cuando falta un cuidador receptivo, el desapego de las necesidades y deseos puede convertirse en la norma.

Cuando Marie se remontó a los primeros años de su infancia, empezó a darse cuenta de lo deprimida que había estado su madre. Marie recuerda cómo, siendo muy pequeña, su madre le decía "Ve con tu padre" cuando le pedía ayuda. Ella acudía entonces a su padre que la maltrataba. Se separó de todos. Se desprendió de los recuerdos del maltrato empujándolos fuera de su consciencia. Al no haber nadie para ella, renegó de sus necesidades y sus apetencias.

Cuando el niño se vuelve desapegado, las necesidades y los deseos desde la infancia a la adolescencia, se solidifican o se congelan en el tiempo. El afecto no puede modularse ni integrarse. No puede haber ningún sentido de ser uno mismo si las experiencias internas y externas se perciben como caóticas; se pierde la unidad de los estados del yo y la parte regresiva y retraída del individuo queda encapsulada. En su descripción de la vulneración de los límites del niño, Winnicott (1988) ilustró a través de sus dibujos el retorno del niño a un estado de "aislamiento en el silencio" (p. 128) para conseguir cierta sensación de estar vivo. Por su parte, Fraiberg (1987) describió un "retraimiento conservador" tras la huida de una amenaza (p. 200). Este lugar aislado y primitivo es lo que secuestra a la persona en la posición esquizoide y retraída al tiempo que protege un estado sensible y vulnerable de las perturbaciones internas y externas.

Sin embargo, el mantenimiento de esta posición protectora inhibe la actividad y tiene un efecto profundo en la destreza y la autoeficacia. Se construye un sistema de organización de las experiencias para evitar los sentimientos y los recuerdos de las experiencias vitales. Una armadura de desapego e indiferencia, junto con un retraimiento rodeado de una barrera autística sitúan a la persona en un mundo oculto en el que prolifera la fantasía y los sentimientos desbordantes constituyen la norma. Las necesidades y deseos básicos acaban perdiéndose en un retraimiento psíquico masivo y las relaciones quedan descartadas porque lo que más se necesita también es lo que más se teme. La persona queda suspendida entre los encuentros con el mundo interno y el mundo externo sin relación real con el otro. El mundo interno

se constituye de relaciones objetales repletas de fantasías y sueños así como de un caparazón creado por el aislamiento primitivo; respecto al mundo externo, la persona no se implica o bien no quiere a otro ni tiene expectativas de recibir la ayuda de otro. Es como si la persona no pudiese permanecer en ninguno de los dos sitios y acabara perdida, asustada y sola. Al quedar al margen de las relaciones, tampoco existe un auténtico sentido del self. Se considera que la experiencia de pérdida del self es “el resultado de una catástrofe intersubjetiva en el que las relaciones de apoyo se han quedado reducidas a su nivel más básico” (Orange, Atwood y Stolorow, 1997, p. 55).

La fijación del Estado del Yo Niño

Una de mis intenciones aquí, es ayudar a clarificar algunas de las confusiones que existe respecto a los estados del yo arcaicos, los procesos defensivos fijados y la negligencia psicológica en el trauma. A los analistas transaccionales les resulta útil considerar los niveles de escisión de Fairbairn y Guntrip a la hora de trabajar con el estado del yo Niño arcaico. Berne (1961) afirmó que: “el niño incluye un Padre arcaico, un Adulto arcaico y un Niño aún más arcaico que representan un estado del yo aún más temprano al que es posible que regrese en caso de estrés” (p. 301). El retraimiento como procedimiento protector fue descrito por Winnicott (1988) cuando ilustró el retorno del niño a un estado de “aislamiento en la quietud” para recobrar cierta sensación de estar vivo. Así sucede también en el modelo de escisión de Guntrip, que detalla un retraimiento pre verbal temprano. El Niño arcaico de Berne contiene un estado primitivo que se convierte en un lugar donde mantener la vida; esto parece ser idéntico a las consideraciones de Guntrip y de Winnicott. El intenso retraimiento – un respiro temporal – se convierte en un modo de vida: un aspecto del guion de vida. Las creencias, los sentimientos, los deseos, las fantasías, los patrones de conducta y los recuerdos reforzantes constituyen el punto de mira del tratamiento en una Psicoterapia Integrativa orientada a la relación y terapéutica (Erskine y Moursund, 1988; Erskine y Zalcman, 1979). En ese lugar retraído y oculto sólo hay existencia, sin ningún sentido verdadero del self ni del self en relación con un otro. La persona sigue sin implicarse y sin estar integrada y vive una desesperación silenciosa. Los patrones del retraimiento y de la disociación conforman la condición esquizoide.

El espacio “entremedias”

Se necesita una psicoterapia intensiva para conseguir efectos en el núcleo de las experiencias infantiles en aquellos individuos que manifiestan estructuras esquizoides. Desvelar los conflictos que subyacen al problema, entender el material inconsciente y crear una relación desempeñan un papel fundamental a la hora de llegar al núcleo del estado del yo Niño y su contenido arcaico. Para que la terapia con estos clientes sea eficaz, habrá que trabajar tanto con la parte oculta y secuestrada del ser de la persona como con las experiencias históricas que no han

sido integradas.

La teoría y los métodos que empleo derivan del enfoque de la Psicoterapia Integrativa (Erskine y Moursund, 1988; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999). Para aquellos que luchan con síntomas esquizoides, la relación terapéutica les proporciona el contacto en la relación que facilita la sanación y la emergencia del self perdido y retraído. A través de una indagación suave, pueden explorarse las experiencias subjetivas de la persona, examinar el contenido histórico, entender las formas de afrontamiento y apoyar la vulnerabilidad de un self oculto y asustado. La relación terapéutica se convierte en la matriz en la que el significado y los recuerdos afectivos pueden construirse para entender e integrar mejor el relato de la persona. Los componentes cognitivos, afectivos, sensoriales y conductuales se analizan a través de la indagación de los sistemas de guion de la persona, así como su sistema histórico y fenomenológico.

El propósito final del espacio relacional creado por el cliente y el terapeuta es proporcionar un lugar en el que el cliente pueda reorganizar un sentido del ser interno y salir del aislamiento y del desapego que ha marcado su historia. Winnicott (1958) describió primero este lugar como un “espacio potencial” (p. 54); identificó este campo intersubjetivo como un área de experimentación intermedia en la que el cliente y el terapeuta trabajan con los patrones repetitivos de sentimientos, pensamientos, acciones y sensaciones del cliente. Lo desconocido e inconcebible se vuelve conocido y comprensible, lo que había sido rechazado y alienado empieza a conectarse con los sentimientos y las sensaciones y así, en este proceso, se reconocen las acciones y las conductas.

En la reorganización de la personalidad, se deben considerar intervenciones terapéuticas que manejen la regresión.

En una sesión, el dedo de Marie se movía ligeramente mientras ella permanecía recogida en un ovillo en su “nada” de retraimiento. Estiré mi dedo y toqué la punta del suyo. Respondió cerrando su dedo alrededor del mío y aumentando la presión piel contra piel. Se había producido el contacto.

En semejantes situaciones, el contacto con otra persona que se muestra presente, atenta y receptiva a las necesidades y los deseos de la persona permite la formación de una base segura. Esta fusión o vínculo permite que el sentimiento de estar con el mundo evolucione hacia la inmersión en una relación en la que se busque y se acoja la implicación interpersonal. Está claro que las necesidades relacionales no sólo están presentes en la infancia sino que son “componentes de una relación que se hallan presentes cada día de nuestras vidas” (Erskine y Trautmann, 1996, p. 322). En una relación, nos involucramos con los demás; en una relación segura, se puede mostrar la espontaneidad, la flexibilidad y la intimidad y cada persona puede ser ella misma.

Los patrones de un apego inseguro

A partir de nuestros apegos más tempranos, formamos una base segura o insegura. Cuando las relaciones no son predecibles y el propio sentido de la existencia se ve amenazado, puede surgir la incertidumbre y el niño experimenta que la relación que anhela a veces está y otras no. A esto se le llama apego ambivalente. Existe un segundo tipo de apego inseguro, el apego evitativo (Bowlby, 1973), en el que se minimiza tanto la necesidad de conexión que el niño no espera que el otro esté presente o se muestre receptivo. También se ha identificado un tercer patrón de apego inseguro o ansioso: el apego desorganizado (Marrone, 1973). En estos casos, la narración de la vida de la persona es confusa o se olvida, tal y como se ve en los trastornos disociativos (Barach, 1991; Liotti, 1992), y la conexión con el objeto de apego resulta azarosa.

Propongo un cuarto patrón de apego inseguro, al que llamo apego “aislado”. En este patrón, las relaciones con los demás no están sustentadas en el sistema representacional de la psique. Los objetos internalizados son exterminados por una barrera o un caparazón. Al quedar separada del mundo y de los demás y desconectada de sus necesidades y deseos, la persona se retrae tan lejos en la “nada” que no encuentra a nadie allí e incluso el sentido de su propia existencia queda anulado. Esta aniquilación del sentido del self y de ser persona hace que este patrón de apego sea distinto del apego ambivalente, evitativo o desorganizado; en el apego aislado no hay objetos, no hay ninguna relación en absoluto. La persona puede aparentar desinterés, indiferencia y/o desdén y parecer inabordable o inalcanzable.

Métodos para manejar en terapia el self encapsulado

A causa del aislamiento extremo y de la aniquilación del self y de los otros que caracterizan aquellos con trastornos esquizoides, la terapia con semejantes individuos necesita apoyar de manera respetuosa y consistente la posición única del cliente, manejar su motivación y su necesidad de contacto y tener en cuenta procesos intrapsíquicos como los estados del yo y el guion de vida. Los siguientes métodos me han resultado particularmente útiles en esta tarea.

Contacto con el estado del yo retraído. Proporcionar un lugar seguro para que emerja el self y que se establezca un vínculo terapéutico es primordial en la terapia con estos individuos extremadamente retraídos. Una premisa fundamental en la Psicoterapia Integrativa es que los humanos son relacionales y que la necesidad de relacionarse es un factor motivacional primordial. Experimentamos la relación a través del contacto, tanto internamente como externamente (Erskine y Trautmann, 1996). Al tomar conciencia del contacto y de sus interrupciones, las fijaciones y el retraimiento que forman parte del sistema psíquico de la persona esquizoide y la relación con el terapeuta pueden analizarse. Aquello que yace incrustado en una historia de indefensión, desorganización y la amenaza de la desintegración del ser de la persona puede desvelarse con cuidado y comprenderse en el contexto de las experiencias vitales de hoy en día. A la hora de trabajar en los límites de un self

oculto – pero uno al que se invita a formar parte del mundo – el dilema esquizoide queda al descubierto: quedarse dentro o salir al mundo. El modo en que el individuo, con la ayuda y el apoyo del terapeuta puede pasar de una posición en que evita el contacto a la conexión con los demás se convierte en un punto esencial del trabajo terapéutico. La indagación en la experiencia esquizoide permitirá que la persona reconozca: (1) la existencia del retraimiento; (2) la importancia de las interrupciones del contacto a través del retraimiento; (3) el uso del retraimiento como estrategia de afrontamiento y (4) el self vulnerable, oculto y perdido frente al contacto.

El espacio retirado de encapsulamiento y de pérdida de la relación en el retraimiento ha de ser considerado como una tentativa de resolver los conflictos internos y externos que se experimentaron en el pasado.

Marie entró silenciosamente en mi oficina y se sentó en el sofá. Se retrajo en aquel espacio vacío y privado; se volvió más distante. A menudo me he sentado con ella, en silencio, valorando su retraimiento. El miedo la hace retraerse y la intensa soledad la empuja a volver a conectarse.

Implicación. Se ha descrito la implicación como la disposición del terapeuta a dejarse impactar por el paciente, una respuesta afectiva recíproca por parte del terapeuta, una sensibilidad al nivel de desarrollo del cliente, un compromiso con el bienestar del cliente y una relación terapéutica apropiada (Erskine, 1993; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999). En la terapia con individuos extremadamente retraídos, el terapeuta ha de tener la capacidad y la voluntad de entrar en una fusión con el cliente sin perder su compromiso con la relación terapéutica. En lo que se refiere al retraimiento esquizoide, la implicación como método terapéutico consiste en: (1) reconocer la existencia del retraimiento: “Tú sueles retraerte...”; (2) validar la importancia del retraimiento: “Hay razones importantes que explican tu retraimiento”; (3) normalizar el retraimiento: “Ésta fue una manera de mantener tu self” y (4) utilizar las respuestas en sintonía del terapeuta: “Estoy aquí contigo”.

La implicación invita a tomar conciencia tanto del proceso interno del cliente como de la relación con el terapeuta. Esto es crucial con los esquizoides porque las reacciones de encapsulamiento tienen lugar cuando “la atención se ha desviado del mundo objetivo... a favor de un mundo subjetivo y dominado por la sensación que se halla bajo el control directo [de la persona]” (Tustin, 1986, p. 25). El paso del ámbito intrapsíquico al ámbito interpersonal permite al cliente ser oído, visto y comprendido por otro (el terapeuta) así como traer a la conciencia el “agujero negro” o el “caparazón” de la desconexión. Encontrar puntos de contacto y compartir el espacio terapéutico dota al cliente del poder de salir del caparazón helado y autístico. Un cliente me contó que hasta entonces nunca había permitido que nadie conociese su lugar oculto; temía que lo tacharan de loco y lo encerraran como lo habían hecho con su hermana.

A medida que los clientes empiecen a afrontar sus defensas protectoras, habrá veces en las que vuelvan a entrar en el encapsulamiento arcaico. En estos casos la implicación del terapeuta es crucial para reorganizar la experiencia interna. Little

(1981) describe esta fusión como una “unidad básica” o una “indiferenciación total primaria” (p. 109). No existe ningún sentido claro del self o del otro, no hay distinción entre los estímulos internos y externos (Pine, 1985). En estos casos, se da una fusión entre el cliente y el terapeuta que “raya lo absoluto” (Kahn, 1974, p.149). En esta fusión, el terapeuta debe “estar presente, vivo, alerta, entregado y vital” (p. 157) pero sin violentar la experiencia del cliente.

Si el terapeuta lo consigue, se crea un estado mágico en el que existe la ilusión de una unidad ininterrumpida a través de la implicación. Semejante unicidad permite que el self emergente del cliente crezca por medio de la interacción con el terapeuta como parte del entorno. Un regreso a la unicidad da al cliente la oportunidad de encontrar sus raíces psíquicas y reparar lo que Balint (1968) describió como una “falta básica” (p. 21). Una mujer describió su experiencia de unicidad con el terapeuta como el flotar en un océano: ella no tenía límites, ni principio ni final. Contó que desde aquel lugar pudo empezar a contactar consigo misma.

En la relación terapéutica el terapeuta se une al cliente a la hora de experimentar las conexiones afectivas que se necesitan para la unicidad y la emergencia de los estados del self. El terapeuta, que está activamente implicado en el proceso, invita al cliente a la relación haciendo el seguimiento de las experiencias del cliente y del significado que les da la persona para contactar con el terapeuta. Para los individuos que se han atrincherado a través del retraimiento intenso, como en la posición esquizoide, la relación terapéutica puede representar el lugar del “otro que funciona de forma armoniosa, sin interrupciones... [donde] la dualidad entrelazada coexiste con la unidad” (Ogden, 1990, p. 212). Lo que nosotros, como terapeutas, percibamos en las señales de nuestros clientes y nuestras respuestas a estas señales es importante para el desarrollo y la conservación de la relación terapéutica. Mientras se trabaja con un cliente regresivo, se hace un seguimiento de las sensaciones corporales y los movimientos. El terapeuta responde con palabras, gestos o incluso contacto físico a los sonidos o los movimientos del cliente. Como ya escribieran Brazelton y Barnard (1990): “La experiencia humana tiene su origen en formas empáticas del contacto físico real” (p. 57). Decirle a una clienta que oigo su llanto silencioso o que veo la lágrima que corre por su mejilla a menudo es suficiente para que la persona sepa que estoy ahí. El roce de la punta del dedo, como en el caso de Marie, permite el contacto. Centrarse en los sonidos y los movimientos también estimula la actividad que fue suprimida.

Este estado regresivo, uno de unión básica tal y como describieron Balint, Little, Ogden, Pine y Tustín, ilustra el rol esencial del terapeuta al estar con un cliente que ha regresado a su self oculto. Una regresión dentro de la relación permite al cliente estar en la experiencia y a la vez tener a alguien que está presente de forma suficiente sin llegar a ser excesiva. Los terapeutas han de ser sensibles y respetuosos con los deseos, las necesidades y las fantasías que se manifiestan en el cliente en este lugar regresivo y aceptar los intensos afectos resultantes sin sentirse sobrepasados

ni reaccionar retrayéndose.

Había veces en la sesión en las que Marie no decía una palabra. Incluso su cuerpo parecía carecer de vida. Otras veces caminaba o salía de las sesiones enfurecida o presa del pánico. Contó que me miraba desde “un lugar muy hondo en mi interior” para ver cómo respondía yo cuando se sentía desesperada, furiosa o temerosa. A menudo expresaba lo importante que era mi viveza para ella porque la ayudaba a sostenerla en sus momentos más oscuros. El que yo la aceptara, estuviese donde estuviese ella, también fue importante para nuestra conexión.

La relación con una persona regresiva y retraída requiere una paciencia consumada, tacto y destreza (Tustin, 1986). En su trabajo, Arieti (1974) escribió que el terapeuta tenía que ser perseverante para llegar a contactar con semejantes individuos. En la regresión, el terapeuta tiene que ser consciente de los momentos en los que el cliente hace ademán de salir del aislamiento. A través del campo intersubjetivo, el terapeuta puede estar pendiente de su propia experiencia personal así como de los significados y las experiencias afectivas del cliente en los acting-out. El contacto con el cliente se inicia con suavidad, a través de una presencia tranquila e interesada. En el espacio que comparten terapeuta y cliente, se debería minimizar la actividad y la indagación para estimular la emergencia del estado del yo Niño aislado.

A medida que el cliente atraviesa la agonía psíquica de la pérdida y la desolación y el dolor físico de la regresión, el terapeuta va desempeñando un rol cada vez más activo a la hora de contener los sentimientos de desesperación. El terapeuta debe ser capaz de manejar tanto los intensos afectos del cliente como sus propias reacciones contratransferenciales. La regresión lleva al cliente y al terapeuta a “áreas donde predominan las ansiedades psicóticas que [a su vez necesitan] ser exploradas y donde se hace necesario desvelar las experiencias tempranas y reconocer y resolver las ideas ilusorias” (Little, 1990, p. 83). (Little emplea la expresión británica “psychotic anxieties”, que en castellano se traduce literalmente como “ansiedades psicóticas”, para referirse al intento del niño de manejar una situación caótica e incontrolable, una que sobrepasa la percepción sensorial). Las experiencias regresivas permiten a la persona dar sentido tanto a aquello a lo que no ha podido llegar en el encuentro con lo desconocido en presencia de un otro como otorgarles un significado a estos acontecimientos. El cliente necesita la experiencia de la regresión y de la relación tanto como la teme. Sin embargo, trabajar con la regresión como una regresión en la relación facilita la consciencia y el desarrollo de la sensación de ser de una persona. Una vez que se ha construido como un sistema cerrado, la persona empieza a abrirse despacio al mundo exterior.

Sintonía. El método de la sintonía sostiene el desarrollo de un self central proporcionando la sensibilidad necesaria para establecer una unidad básica. Erskine y Trautmann (1996) conceptualizaron la sintonía como:

Un proceso de dos partes: empieza con la empatía –es decir la capacidad de sensibilizarse e identificarse con las sensaciones, las necesidades o los

sentimientos de la otra persona – y la capacidad de transmitir esa sensibilidad a la otra persona. (...) Se trata de un proceso de comunión y unidad de contacto interpersonal. (p. 320)

La sintonía también se clasifica por el grado de resonancia y reciprocidad que se necesita para un contacto en la relación. Al servir al terapeuta como guía interna para la indagación y los significados atribuidos a las experiencias del cliente, el uso de la sintonía mejora la relación terapéutica. La sintonía cognitiva, afectiva, rítmica y evolutiva son las principales categorías que combina el terapeuta en la relación terapéutica para mejorar el contacto (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999).

Otra manera de considerar la sintonía es fijándose en las interrupciones internas del contacto en cuatro niveles: la existencia, la importancia, la resolución y el self. De este modo he identificado cuatro componentes del proceso de sintonía: la resonancia afectiva, la atención/solicitud, la reciprocidad y la sinceridad y el compartir.

La resonancia afectiva es la habilidad de resonar físicamente. Winnicott (1988) consideraba que el desarrollo del self se desplazaba de la fusión del bebé con el entorno al fortalecimiento del self corporal como una unidad dependiente del cuidado físico, al “amanecer de la consciencia” y al reconocimiento del otro para llegar finalmente al desarrollo gradual de la socialización (p. 8). La resonancia afectiva permite al terapeuta percibir y acoger los movimientos y los sonidos del cliente. “Te oigo” y “te veo” – ya sean indicados de forma verbal o no verbal – reconocen la existencia del cliente y fortalece su ego corporal. Del mismo modo que la madre refleja a su hijo/a en la díada madre-bebé, el terapeuta refleja las experiencias del cliente y de este modo, el contacto entre ambos se convierte en un patrón de relación. Los momentos silenciosos (Pine, 1985) o “la quietud en el centro” (Little, 1981, p. 125) también facilitan un sentido de la identidad corporal. En la terapia, el fortalecimiento del self corporal se consigue a través de la presencia física del terapeuta y de sus palabras, como por ejemplo: “Estoy aquí contigo. Tú estás aquí conmigo. Soy consciente de ti en el espacio que estamos creando. Tú tienes un impacto en mí”. Para la persona que se ha retraído y se ha perdido para sí misma y para los demás, éste es el comienzo de un largo proceso en el que el self puede empezar a abrirse.

La receptividad o la atención al presente y a las circunstancias inmediatas implican el interés y la consideración que otorga el terapeuta a los patrones de contacto y a las respuestas dadas al acoger la vitalidad del cliente. El terapeuta tiene que estar lo bastante atento como para que sus respuestas sean instantáneas, lo que Guntrip (1968/1995) llamaba “reactividad inmediata” (p. 312). Sin esta inmediatez, el cliente puede retraerse de nuevo. La atención del terapeuta a los patrones de desconexión del cliente y a sus intentos de conexión proporciona información sobre el momento en que puede iniciarse el contacto. El terapeuta debe prestar atención a los símbolos concretos que use el cliente para entender y dar significado a las experiencias subjetivas arcaicas. La indagación del terapeuta en el mundo simbó-

lico del cliente valida los símbolos de éste último en el contexto de la relación terapeuta-cliente y transforma cognitivamente estos símbolos en pensamiento abstracto. Con la ayuda del terapeuta, el cliente se convierte en el sujeto que interpreta (Ogden, 1990) y que puede generar sus propios pensamientos e interpretar sus propios símbolos. Esto dota al individuo de la experiencia cognitiva necesaria para pasar de la fantasía y la imaginación al mundo real.

La reciprocidad es otro componente importante a la hora de contactar con el self oculto. Khan (1989) describió:

Cómo el proceso clínico que de forma gradual involucra a dos personas en una reciprocidad de relación y, si todo va bien, a su debido tiempo les permite separarse la una de la otra en estado de gracia, habiendo despertado ante sus selfs ocultos. (p. 9)

La reciprocidad se centra en el campo intersubjetivo, es decir, una sensación de dos personas trabajando juntas en una relación recíproca y compartida. Del mismo modo que la madre enseña al niño pequeño a regular los afectos intensos sosteniendo los sentimientos para el niño, el terapeuta absorbe (a través de la contratransferencia) y acoge el afecto a través de su implicación en la experiencia del cliente. De este modo, la organización del self del cliente se lleva a cabo a través del sustento de otra persona que responde a sus necesidades, deseos y sentimientos en el contexto de unos eventos compartidos. Tanto el cliente como el terapeuta sacan partido de la reciprocidad de relacionarse.

El explorar cómo el cliente intenta satisfacer sus necesidades actualmente revela los mecanismos de protección que estableció en su relación con objetos más tempranos. El interés y la consideración del terapeuta hacia las necesidades, los deseos y las fantasías del cliente transmiten el compromiso y la responsabilidad del terapeuta respecto al bienestar del cliente y aumenta su toma de consciencia de sus procesos internos. La atención a las rupturas en la relación y a los errores terapéuticos proporciona al terapeuta pautas sobre dónde y cuándo conectar con el cliente. Las interrupciones del contacto también proporcionan al cliente información acerca de cómo, cuándo y en qué circunstancias se retira del contacto.

La sinceridad y el compartir también son elementos importantes de la sintonía. El cliente no es el único que se abre al proceso, el terapeuta también tiene que ser una parte activa de la relación mostrándose tanto franco como sensible así como vulnerable y abierto. La sinceridad se consigue aceptando las capacidades y las limitaciones así como recibiendo las críticas. La participación del terapeuta en la supervisión continua permite el seguimiento del curso del tratamiento y contribuye a un resultado de crecimiento tanto para el cliente como para el terapeuta.

Conclusión

Aún no comprendemos todos los factores que intervienen en la sanación psíquica o en el fracaso psicoterapéutico. Sin embargo, se pueden identificar factores específicos que pueden ayudarnos como terapeutas a ayudar a los clientes

en su crecimiento y su desarrollo. Una variable bien documentada en la literatura clínica es que una relación constante y confiable con otra persona proporciona una experiencia organizadora que facilita la emergencia del self para el cliente. El caos de una “línea del ser quebrada” (Winnicott, 1988, p. 135) se reduce a través de la experiencia de continuidad que proporciona la relación con una persona que cuida y responde.

Uno de mis clientes, un artista, trajo una de sus esculturas a una sesión. En la parte externa había tres trozos de arcilla que parecían la piel de un rinoceronte y que describió como un muro protector. Cuando retiró el caparazón externo, sostenía un corazón en su mano – un corazón roto – que había sido capaz de destapar en la relación terapéutica. El afrontar en la terapia su aislamiento, su retraimiento, la disociación y las etapas del desarrollo donde había fijación le permitió recuperarse a sí mismo. Esto ilustra que el trabajo con las partes disociadas de la posición esquizoide no es diferente al trabajo con el trastorno de identidad disociativa; ambos requieren integrar experiencias fragmentadas y compartimentalizadas.

La ciudadela secreta que algunos clientes describen como un búnker o una fortaleza es una adaptación para sobrevivir, un compromiso entre el aislamiento y la implicación en las relaciones. Salir de la ciudadela significa abandonar un estilo de vida conocido y requiere mucha ayuda y apoyo. En la terapia, la relación entre el cliente y el terapeuta facilita estas experiencias, al descubrir el cliente, “Éste/a soy yo, mi forma de sentir, mis creencias y lo que hago, este es mi pasado, de donde provengo; y esto es lo que necesito hacer ahora para ser responsable de mí mismo y de otros”. Para los clientes extremadamente retraídos, la regresión en la relación puede proporcionar un entorno seguro en el que el cliente y el terapeuta trabajan y conviven juntos de forma segura durante el tiempo en que el cliente atraviesa las experiencias esenciales que se requieren para formar un sentido del self estable. Tal y como escribió un cliente: “En mi retraimiento puedo sentirte [al terapeuta] y no me siento tan solo. Consigo conocer y entender este lugar que creé hace mucho tiempo. Ya no tengo tanto miedo de este sitio o de ti como solía tenerlo antes. Empiezo a salir un poco. Un lugar en el que yo puedo estar contigo está creciendo”.

“El renacimiento y el resurgimiento del corazón vivo perdido de la personalidad (...) es la cuestión definitiva” (Guntrip, 1968/1995, p.12). Como terapeutas, tenemos en nuestras manos el alma y el corazón mismo del cliente esquizoide, la parte que se ha aferrado a un hilo de esperanza, sin importar lo fino que fuese, de que la vida puede ser diferente. Cada uno de ellos merece que contactemos con nuestro propio corazón y nuestra propia alma cuando realizamos el trabajo terapéutico, utilizando nuestra sensibilidad, inteligencia y conciencia al invitar a su self oculto y encapsulado a unirse a nosotros en el mundo real.

Notas del Editor:

Agradecemos el permiso de publicación al Transactional Analysis Journal

Artículo publicado originalmente en inglés en *Transactional Analysis Journal*, 2001; (31)1, 44-54.

Traducción: Inés Arregui Guivarc'h

Referencias bibliográficas

- Arieti, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation, IV*, 117-123. 4(3), 117-123.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Bettleheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. Nueva York, NY: The Free Press.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Vol 1 of Attachment and loss*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger. Vol. 2 of Attachment and loss*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Brazelton, T. B. y Barnard, K. E. (1990). *Touch: The foundation of experience*. Madison, CT: International Universities Press.
- Cassidy, J., y Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-190.
- Erskine, R. G. (1997). *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*. San Francisco, CA: TA Press.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988). *Integrative psychotherapy in action*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy: A theory of contact-in-relationship*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996). Methods of integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 316-328.
- Erskine, R. G. y Zalzman, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9(1), 51-59.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Fraiberg, L. (Ed.). (1987). *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbus, OH: University Press.
- Guntrip, H. (1995). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Madison, CT: International Universities Press. (Trabajo original publicado en 1968)
- Hazell, J. (Ed.). (1994). *Personal relations therapy: The collected papers of H. J. S. Guntrip*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Khan, M. M. R. (1974). *The privacy of the self: Papers on psychoanalytic theory and technique*. Madison, CT: International Universities Press.

- Khan, M. M. R. (1989). *Hidden selves: Between theory and practice in psychoanalysis*. Londres, Reino Unido: Hogarth Press.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation, V*, 196-204. 5(4), 196-204.
- Little, M. I. (1981). *Transference neurosis and transference psychosis: Toward basic unity*. Nueva York, NY: Jason Aronson.
- Little, M. I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Marrone, M. (1998). *Attachment and interaction*. Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- Ogden, T. H. (1990). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Tustin, F. (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Williams, D. (1993). *Nobody nowhere*. Nueva York, NY: Avon Books.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alive. In D. W. Winnicott, *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 29-36). Nueva York, NY: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1988). *Human nature*. Nueva York, NY: Schocken Books.

A S E P C O

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la
**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

EL PROCESO RELACIONAL DE LA RABIA DESDE UNA PERSPECTIVA PERSONAL “TE ODIOS PORQUE TE NECESITO”

THE PROCESS OF ANGER IN RELATIONSHIPS: A PERSONAL PERSPECTIVE “I HATE YOU BECAUSE I NEED YOU”

Ángela Burper

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta Integrativa.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Burper, A. (2016). El Proceso Relacional de la Rabia desde una Perspectiva Personal. “Te odio porque te necesito”. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 21-37.

Resumen

La rabia es una emoción compleja. Este artículo refleja cómo la relación terapéutica puede ayudar a explorar su función como mecanismo de protección psicológica y los diferentes aspectos que subyacen en ella. En este personal caso práctico, también se describe la diada madre-hija en algunas etapas evolutivas.

Palabras Clave: rabia genuina, emociones encubiertas, proceso sanador.

Abstract

Anger is a complicated affect. This paper reflects on how the therapeutic relation can help to explore its function as a psychological protection and the several issues that are underneath it. In this personal case study, the dyad mother-daughter is also described.

Keywords: genuine anger, cover-up emotions, pain, healing process



Este artículo es la descripción de mis experiencias terapéuticas, vividas como clienta, en las que me hice consciente de mi intenso nivel de rabia y también de su función como mi principal mecanismo de afrontamiento. Reconocer esa rabia fue en parte fácil, reconocer lo que estaba cubriendo, no tanto.

Una buena razón para recorrer este proceso de descubrimiento es el trabajo realizado como directora de un piso para chicas adolescentes tuteladas, de entre 16 y 21 años. A pleno rendimiento, el recurso acoge a un total de 12 residentes con el apoyo de un equipo de educadores sociales. Mucho de los conflictos cotidianos son debido a las dificultades en el manejo de la rabia.

Aunque no me involucro en intervenciones de terapia profunda de manera continuada (más bien hago intervención en crisis), me di cuenta de que era esencial mejorar mis conocimientos sobre las diferentes formas y niveles de expresión de esta emoción. Una manera de hacer esto, es empezar con la persona enfadada que mejor conozco: yo misma.

Otra razón importante para escribir este artículo fue analizar y resolver los problemas que yo estaba sufriendo en mis propias relaciones (íntimas, profesionales y sociales); era consciente de que a menudo experimentaba fuertes sentimientos de rabia. Necesitaba ayuda para ir más allá de la expresión de esa emoción y también para enfrentarme a lo confusa, asustada, perdida e insegura que me sentía por dentro.

Quiero aclarar que el contenido de este material fue desarrollado en un momento crucial de mi vida. Surgió cuando me percibía con mucha vulnerabilidad debido a un incidente personal que acababa de sufrir. Y aunque era reacia a afrontarlo y lidiar con lo que había desencadenado en lo más profundo de mí, decidí trabajarlo en mi psicoterapia.

Antes de iniciar este viaje interior que estoy compartiendo, ya había realizado varias sesiones de terapia en talleres de formación, a los que asisto desde el año 2000. Algunos de los trabajos psicológicos incluyeron entrevistas terapéuticas con mis introyecciones parentales. Para referencias sobre esta terapia con el Estado del Yo Padre, recomiendo leer sobre Terapia con un otro Introyectado en *Más allá de la Empatía* (Erskine, Moursund y Trautmann, 2012) y el capítulo 4 de *La Psicoterapia Integrativa en Acción* (Erskine y Moursund, 2014)

Para la elaboración de este artículo, he estado recopilando fragmentos de mis trabajos personales que se llevaron a cabo en los grupos experienciales desde noviembre del 2009 hasta octubre del 2010 y que se relacionaban con la rabia. Mi propósito era reflexionar sobre mi proceso y también analizar este afecto; no sólo el “¿por qué?” sino el “¿para qué?”. Grabar y transcribir las transacciones se convirtió en algo tan importante como las propias sesiones, ya que proporcionaba una sensación de continuidad en el trabajo llevado a cabo durante mi psicoterapia.

El modelo teórico aplicado, Psicoterapia Relacional Integrativa (Erskine, Moursund y Trautmann, 2012), prioriza el contacto que se puede desarrollar en el espacio íntimo común de confianza mutua que dos individuos crean juntos: la relación. La calidad de esta relación mejora con la dinámica que el terapeuta

establece a través de la **indagación** (“quiero saber más de ti mientras te descubres a ti mismo”), **sintonía** (“estoy aquí contigo de una forma respetuosa, a tu propio ritmo”) e **implicación** (“me importas y te lo voy a demostrar”). El foco principal de la psicoterapia es la atención que el terapeuta presta al cliente: las *interacciones* que progresan con ritmo, cadencia, respeto, autenticidad, honestidad, sensibilidad; los *procesos internos*, tales como sensaciones, reacciones psicológicas, sentimientos, pensamientos; y también el nivel de *cercanía personal* alcanzado que se refleja en la proximidad, apertura, espontaneidad y vulnerabilidad.

Estos aspectos se mostrarán en cada uno de los extractos, con ejemplos de cómo el terapeuta mantiene el contacto conmigo de diferentes modos, mientras actúo como una cliente enfadada: una combinación de firmeza, paciencia, constancia, calma, límites, restricciones, ánimo..., dependiendo de las transacciones específicas entre nosotros, basadas en mi forma de expresar el enfado. Y el resultado final fue ayudarme *a mí* a vivenciar las auténticas emociones bajo esa rabia y a asumir su influencia en mi vida y en mis relaciones.

Uno de los puntos clave a considerar es que yo estaba expresando una rabia no genuina, que describo como un encubrimiento de los auténticos sentimientos que yacían bajo ella. De alguna forma, mi sentido de identidad dependía de esa pseudo-rabia. Me aferré a ella en un intento desesperado de sobrevivir durante mi infancia temprana y mi adolescencia en un ambiente que no satisfacía mis necesidades relacionales básicas. El proceso de la profunda terapia continua de las cinco sesiones, reveló estas cuatro fases secuenciales, que a veces se solapaban, otras veces avanzaban o retrocedían y en ocasiones se repetían:

1. Descubrir y darme cuenta de mi *muy intenso* nivel de rabia, mientras lo vinculaba a mis primeras experiencias vitales.
2. Enfrentarme a los sentimientos de dolor, soledad y miedo escondidos en mi forma de protección: una fuerte “adolescente interior” auto-creada.
3. Hacerme consciente de las decisiones asumidas durante mi infancia y mi adolescencia y de sus consecuencias en mi vida actual: “No soy importante”, “No necesito nada”, “Quiero estar enfadada” y “Me rindo, es inútil”.
4. Resolver y decidir un nuevo estilo de relación con las personas y conmigo misma: ser auténtica. Desde ahora se ha convertido en mi reto personal que me permitirá no estancarme en el pasado.

Descubrir y darme cuenta de mi intenso nivel de rabia

Como terapeuta, es vital desarrollar la habilidad de guiar al cliente hacia una consciencia de las transacciones originales en las que la expresión de ese nivel de rabia tenía mucho más sentido. Yo me he considerado una mujer enfadada toda mi vida, pero no fue hasta éste transcurso de la terapia cuando descubrí la procedencia de esa emoción. Me atreví a dar un paso adelante para, no sólo describir o poner palabras, sino expresar las emociones (sin huir de ellas) porque mi sensación durante el trabajo terapéutico fue de una profunda convicción de que pasara lo que

pasara, no me iba a quedar sola. Me sentía segura. Esa seguridad me permitió confiar; confiar me ayudó a relajarme; relajarme hizo que cediera mi necesidad de control.

Así es cómo empieza, en el primer fragmento. Notarás, desde la primera transacción presentada aquí, que rechazar al terapeuta era más tolerable que admitir la indiferencia que había sufrido de mi atareada madre. Solo pensar en esto (todavía me encontraba muy lejos de estar preparada para “sentirlo”) fue tan insoportable que estuve a punto de bloquearme en el inicio de la sesión.

Algo que me sorprendió mientras transcribía este diálogo fue la duración de nuestras pausas. ¡Me cogió por sorpresa! En mi experiencia fenomenológica ninguno de los dos habíamos estado callados mucho tiempo. Ese espacio me dio la oportunidad de estar más en contacto tanto conmigo como con el terapeuta, y a mi propio ritmo. He escrito en negrita las frases que me ayudaron a sentir su presencia (lo opuesto a un silencioso vacío):

A: (después de haber compartido sobre sus dificultades... Sujutando un gran almohadón y escondida debajo de él, manteniendo el cuerpo encogido y mientras se balancea)

*T:(45'', tono muy suave) Estoy aquí Ángela, aunque sientas que estás sola, voy a escucharte aunque no haya palabras (15'') Eso es... balanceate... rodea el almohadón con tus brazos...porque si mamá está demasiado ocupada para estar ahí..., o mamá no está interesada en ti..., o mamá piensa que necesitas demasiado, tú siempre puedes sujetar el almohadón (9'')..., al menos el almohadón es mejor que nada... (13'', Ángela alterna el balanceo con la total inmovilidad) Ajá...y cuando necesites un contacto tierno, siempre puedes mecerte... (9'') Yo permaneceré justo aquí y escucharé **incluso aunque no haya palabras**...aunque llores en silencio... aunque me digas (imitando el tono de Ángela): "no, no, no..."*

A: (al terapeuta, firme). No quiero que tú seas importante para mí. (Casi inaudible) No quiero.

*T: (19''), (repitiendo las palabras de Ángela que está sentada en el colchón, manteniendo su cabeza bajo el almohadón) "No quiero que tú seas importante para mí" (9'')...,porque algo malo ocurre si las personas son importantes (14'')...Es tan importante ahora que te calmes a ti misma (25'')..., si alguien es importante, entonces algo malo ocurre (14'')...**pero yo me quedaré aquí incluso si tratas de hacerme no importante** (29''). Ángela está mirando sólo con la mitad de la cabeza fuera del almohadón y después vuelve a esconderse)... Ajá, eso es, vuelve dentro...*

A:Hum...

T: ... y dilo otra vez: "Yo no soy importante, yo no soy importante para ti, mamá"

A: (enfadada, tono infantil) No, porque eso duele.

T: (empático) Sí, duele tanto..., justo en la esencia de tu ser (8'')...

(cambia de tono, asertivo) “Yo no soy importante para ti, mamá”.

A: *(desde debajo del almohadón, volumen bajo y débil)* Cállate.

T: (7’’) “Mi mellizo es más importante para ti, mamá”.

A: *(muy alto, tono cortante)* ¡CÁLLATE!

T: *(Ángela está utilizando el almohadón para taparse las orejas, alterna inmovilidad y balanceo)* “Limpiar la casa cuando yo estoy enferma es más importante para ti, mamá (5’’)... Los chicos en esta familia son más importantes que las chicas, mamá (4’’)... Mantener la paz con mi padre es más importante que protegerme a mí, mamá” (28’’)...

Si ella es importante para ti, entonces algo malo sucede, alguna decepción grande (45’’)... En un minuto puedes volver a ponerte tu fachada si quieres (10’’)... Estaré aquí de todas maneras (17’’)... (Cambia el tono, más suave) “Yo no soy importante”.

A: *(gritando, enfadada)* ¡CÁLLATEEE!

La importancia de la sesión estriba en el hecho de que por primera vez en mi vida, fui consciente de la rabia hacia mi madre (hasta *entonces, siempre había culpado a mi padre de mis problemas*). Éste ha sido uno de los insights más relevantes que me ha ayudado a moverme en la dirección correcta para continuar mi crecimiento. Mi voluntad de cambio, más allá de mis propios bloqueos antiguos, y la consistencia del terapeuta, hicieron posible un punto de inflexión que ha permanecido como una parte crucial de mi tratamiento: deshacer la ciega lealtad hacia mi madre.

El siguiente fragmento procede de una sesión que fue posterior a la primera, tres meses más tarde. Muestra mis dificultades para enfrentarme al abandono emocional de mi madre. El descubrimiento previo fue un avance importante por el impacto sobre lo que yo consideraba que había sido la relación con mi madre. Necesitaba más orientación terapéutica para continuar explorándolo. ¿Cuál fue el rol de mi madre durante mi infancia temprana? ¿Por qué negué el efecto de su relación en mí? Por supuesto no era solo negar el efecto de la falta de calidad relacional; estaba en un agujero oscuro de total negación. Quizás el único “buen sitio” para una niña pequeña. Aquí, en la próxima sesión, un paso adelante; puedo percibir la ausencia de mi madre, pero en vez de sufrir, le pongo todo mi odio a ella... y al resto de los seres humanos. Protección y más protección fuertemente mantenida. Mis intensos sentimientos de rabia estaban ahora encontrando sus raíces:

A: *(llorando, tono enfadado, a la madre)* Tú no estás conmigo, nunca estás conmigo, *(tono triste)* nunca te veo. Yo no soy tan fuerte ¡Ah!

T: Yo necesito...

A: *(gritando con desesperación)* Argh, argh, argh *(tosiendo)*.

T: *(calmado, despacio)* “Mamá, yo necesito...”

A: (10’’, *tono enfadado*) Te odio, te odio madre.

T: Háblale de eso.

A: *(más rápido, subiendo el volumen)* Eres invisible, yo soy invisible, tú

eres invisible, yo soy invisible. Y yo soy invisible y (gritando con voz muy alta) YO NO QUIERO SER INVISIBLE. (llorando) ¡Ah, ah, ah!

T: *“Así que, te odio mamá”.*

A: *(llorando) Si, te odio, mierdosa inútil, inútil, no sirves para nada. (Con desesperación) Y yo no estoy tan mal, no estoy tan mal. ¡Ah, ah! Pero no me ves, tú no me ves. Ah, ah...*

T: *Debe de ser más fácil odiarla que sentir cuánto la necesitas.*

A: *(lágrimas de tristeza) Ah, ah... (Vuelve al tono enfadado) Yo no quiero necesitarte, inútil, eres una inútil; ¿Para qué te voy a necesitar? Inútil, no sirves para nada, no sirves para nada. Y yo estoy sola, estoy sola; me has dejado sola desde que me tuviste, estúpida. Yo no sé para qué sirve una madre. Ah, ah... eres una inútil, una inútil como madre... que no sirve para nada. Yo no soy tú madre, soy pequeña, yo soy tú hija, soy tú hija. Ah, ah...*

T: *(calmado) Y necesito...*

A: *(llorando, con lágrimas) Ah...(gritando con enfado) ¡¡¡YO NO QUIERO NECESITAR!!!*

T: *(neutral) Así que “no quiero necesitar”.*

A: *(tono enfadado, más alto) NO, no quiero necesitarte, estúpido, ni a ti ni a nadie, estúpido. (Gritando) ¡Todo el mundo fuera! ¡ESTÚPIDO!*

En este punto, ya puedo percibir con claridad que mis conflictos se originaron en una etapa muy temprana de mi vida. El reto terapéutico es llegar ahí. Lo que viene a continuación está relacionado con la conexión entre la función de mi rabia y los acontecimientos que la desencadenaron en una fase evolutiva concreta, con el propósito de demostrar que el muro que yo había construido no era necesario nunca más. Pero no tan rápido. En este siguiente paso de mi proceso, se vislumbra una muestra de mi frustrada bebé.

Considero que el self vulnerable en todos nosotros es lo más delicado y frágil: representa las necesidades básicas, la desnudez emocional, la desesperanza, los gritos de auxilio, la falta de confianza, la dependencia, la indefensión, etc. Yo no quería estar en contacto con mi *self vulnerable*. Mientras me protegía a toda costa de los sentimientos de miedo, dolor y soledad, rechazaba también esa parte en mi interior: la bebé con necesidades.

Ahora pienso que la rabia proporcionaba un *falso sentido de poder* mientras me volvía incapaz de ser realmente íntima. Para mí, ser vulnerable y auténtica significaba ser débil. Por lo tanto, con anterioridad, yo rehusaba absolutamente el hecho de reconocerlo, ya que también era reacia a admitir la realidad de no sentirme querida por mi madre. Era demasiado intenso para manejarlo, demasiado doloroso para digerirlo y demasiado horrible para aceptarlo.

El terapeuta era bastante insistente en que juntos podíamos traer a la terapia esa parte de mí e incluso estaba dispuesto a que le gustaran mis aspectos de vulnerabilidad. ¡Eso sí que fue un reto para mí! ¡No lo entendía! Era tan diferente a mis primeras experiencias...

Esta sesión se desarrolló en un taller sobre Patrones de Apego, cinco meses después de la primera:

T: Quiero que pienses en la bebé...

A: (aceptando) Ajá, hum...

T: ...y no que ahora la sientas de forma especial en tu cuerpo.

A: Ajá, hum... Está completamente indefensa, pasiva, sin esperanza, casi muerta..., sin vitalidad. Ella no soy yo, y al mismo tiempo es una parte de mí; no es yo.

T: Pero fuiste tú. Continúa.

A: (quejumbrosa) No me gusta esa parte, pero está ahí. No lo puedo negar.

T: Vamos a tomarnos un tiempo para que nos guste.

A: (tono adolescente) No quiero que me guste. (A punto de enfadarse) No quiero. (Con desprecio) Es solo una cosa, una bebé que no hace nada...y yo era realmente fea y mi mellizo era muy lindo, así que...no tuve a nadie que me prestara atención cuando era una bebé. (Tono adolescente) Me gustaría borrar a la bebé ¡Borra esa parte!

Lo que puedo recordar sobre la forma en la que eran tratados los bebés en mi familia (11 hijos), era que mi madre ponía cuidado en la alimentación y las medidas de higiene, pero no tenía un sentido de cómo vincularse o relajarse con ellos. Mi padre no les prestaba atención en absoluto a esa edad. Además, en mi caso, el haber sido definida como la melliza fea, no ayudó a que consiguiera caricias (físicas o de reconocimiento).

A: (8'') No me gusta esa bebé. No me gusto como bebé. (Más bajo) No podía hacer nada. Estuve a punto de morir. Y eso no me gusta.

T: Sigue.

A: Puedo hacer algo diferente ahora con mi poder. Puedo hacer algo para sobrevivir, puedo pelear, (más alto) puedo protestar. No podía hacer nada como bebé. (Más rápido) No me gusta ella, no me gusta ser tan pequeña, pequeña, pequeña. Es inútil, sin esperanza. ¡Argh! ¡Argh! (más bajo) No me gusta ella.

T: Ahora ya sé cuándo esa dura adolescente apareció.

Para borrar mis experiencias como bebé, yo auto-creé a una adolescente desafiante, que es la que habla en el próximo fragmento. Cuando esta "persona" apareció en la sesión, me pilló totalmente fuera del plano consciente. Ya tengo una explicación de por qué me resulta tan relativamente fácil llevarme bien con adolescentes de verdad, especialmente las insolentes, ¡yo era una de ellas!

En el siguiente taller, cuatro meses después, a través del estímulo y del permiso terapéutico, me permití expresar articulando con palabras una de las funciones de la rabia previamente mencionada, evitar el dolor y el miedo al abandono mientras rechazaba las relaciones cercanas, incluida la que el terapeuta me estaba ofreciendo:

A: Y entonces, aquí estás tú. (Tono de enfado) No sé..., no quiero necesitarte. Y eso, eso..., te lo dije: "No quiero que tú seas..." Te lo he

estado diciendo (voz quebrada, tono de enfado) “¡No quiero que tú seas importante para mí!” Y ahora es demasiado tarde. (6’’) (con frialdad) Te odio, te odio. Tú consigues... (Tono de desprecio) ¡Argh, porras! Tú siempre me provocas, siempre me provocas. No, no...

T: (firme) Yo solo estoy tratando de hablar contigo, chica. (Pausa) ¿Qué estoy provocando?... Sé que odias a esa bebé.

A: Porque ella, la bebé, es mucho peor, es mucho peor. (Subiendo el tono, voz chillona, más rápido). Porque yo soy mucho más fuerte que esa estúpida bebé. (Más alto) Yo soy más fuerte y tú no quieres que yo proteja a la bebé. (Gritando) ¡La bebé debería morir!

T: ¿Cómo que...?

A: (interrumpiendo, muy alto) Yo soy la más fuerte aquí.

T: (interrumpiendo, firme) Espera un minuto, espera un minuto, eso es una contradicción.

A: NOOO, yo soy la más fuerte aquí.

T: (más alto) Estás diciendo una contradicción. Dices que proteges a la bebé...

A: (hablando rápido al mismo tiempo) No es una contradicción. Tú siempre dices la última palabra.

T: (alto, firme) Tú dijiste que está protegiendo a la bebé y ahora dices que debería morir ¿Cómo que es protector matar a la bebé?

A: (más bajo, más despacio) Porque no va a sentir.

T: (sorprendido) ¡¿Dilo otra vez?!

A: ¡No sentirá!

T: (alto) Así que si la matas...

A: Ella no sentirá, (más alto) EL DOLOR.

Ahí estaba yo, como una torpe cirujana intentando amputar un miembro infectado sin saber que estaba rechazando la esencia de mi ser. Me enfrentaba a esa lucha..., confiar, no confiar; profundizar, mantenerme en la superficie de mi fachada social. En ese momento era muy duro para mí conformar la integración de esas dos partes: la desafiante pre-adolescente enfadada y la bebé perdida y necesitada. Yo quería que el proceso continuara, porque al menos, era capaz de conectar con las dos, identificarlas.

Enfrentarme a las emociones escondidas en mi forma de protección

Mi nivel de rabia era tan profundo, que la búsqueda de otra emoción encubierta que yo sentía de igual forma (¿o más intensamente?) debía ser explorada: el sentimiento de dolor. Aunque me aferraba a la rabia, la expresión de mi profundo sufrimiento empezaba a percibirse en mi conocimiento consciente. Estar en la presencia de un terapeuta cuidadoso y potente, pudo hacer explícita la pelea interna entre mi yo dividido:

A: (voz infantil, más rápido, más alto) Yo no necesito nada, no necesito

nada (llanto inconsolable) ah... ah... ah... (Voz infantil, más rápido, más alto) Yo no necesito nada (tono infantil, enfadada). ¡Tonto!

T: (calmado, suave) Vale, si insistes...

A: (inconsolable, más bajo, más suave, voz infantil) No, es mentira (llorando) ah... ah... ah...

T: Háblame de la mentira.

A: (llanto inconsolable, voz infantil) Sí, sí necesito, la necesito a ella, y no me encuentro bien... (Chillando, voz infantil) no me encuentro bien y ella no está aquí, y ¡yo estoy sola! (Más alto, enfadada) Y no me gusta estar sola (llorando, con desesperación) Y no quiero estar sola. Y no quiero estar sola (llanto inconsolable, voz infantil)

T: Lo estabas, lo estabas...

A: (gritando mientras solloza) No me lo digas, hombre. ¡Duele, ya duele! ¡¡Duele, duele mucho!!! (Más alto) ¡Duele mucho! (llanto inconsolable, voz infantil)

Puedo recordar, cada vez que leo o escucho esta sesión, lo profundo de mi dolor. Y mi terapeuta no me lo arrebató ni mitiga su impacto en mí, sino lo opuesto: está conmigo de forma compasiva mientras yo atravieso estos momentos experimentando sentimientos auténticos. La intensidad y la profundidad de esta sesión me ayudaron a darme cuenta de que había intentado huir de un antiguo dolor que todavía influía en mi vida actual.

Si hay una forma sensible de mostrar al *self vulnerable* desde una perspectiva práctica, aquí se manifiesta mientras continuamos adelante en las siguientes interacciones:

T: Sí.

A: Duele.

T: Duele incluso más de lo que me estás diciendo.

A: (llanto inconsolable, voz infantil) ¡Ay!, no me digas eso... duele, (más rápido) ¡DUELE, DUELE, DUELE! No puedo controlarlo, (mucho más rápido) ¡DUELE, DUELE, DUELE MUCHO!

En otra sesión, la siguiente a ésta, más sentimientos afloraron bajo la ira; la misma lucha interna era todavía bastante intensa y activa. El genuino interés que yo percibía en nuestros diálogos me ayudó a alcanzar mi propia comprensión, a darle sentido. Aunque mis intentos de evitar lo que ya había experimentado estaban todavía presentes. En este punto, sabía de dónde procedía mi vulnerabilidad, pero no estaba preparada para ceder en mi necesidad de mantenerme en guardia, por lo que mantuve a mi adolescente en escena:

T: Ella (la bebé) tenía muchas necesidades.

A: (aumentando el tono) Hum, hum... (Desafiante) Así que ya lo pillaste, así que...

T: Muchas, muchas necesidades que son naturales.

A: (desdeñosa, con burla) No son necesidades naturales, son solo necesi-

*dades, estúpidas necesidades. (Peores burlas) “Necesidades naturales”.
Bebés, bebés. ¡Bah!*

*T:(7’’) Así que cada vez que la llamas (imitando el tono de Ángela)
“estúpida bebé...”*

A: Ajá, hum...

T: Descontabas sus necesidades con la esperanza de que se callara.

A: (asintiendo) Hum...

T: Porque ¿qué pasa si ella no se calla?

A: (silencio de 6’’) ¿Cuando la bebé no se calla?

T: ¡Sí!

A: ¡Oh! ¡Oh! (Risita sarcástica) Ja, Ja.

*T: ¿Qué significa “Oh”? (Más alto) ¿Qué ocurre cuando la bebé no se
calla?*

*A: (mucho más bajo) Las lágrimas salen, aparece la soledad, (voz
quebrada), la búsqueda de apoyo.*

Poco a poco, paso a paso, me preparo a mí misma gradualmente para la experiencia vital de un profundo daño que he estado acarreado dentro de mí.

Pero esto, no se trata de intelectualizar el proceso, sino de ir a través de él con el fin de sanarme: conectar con el dolor original me permitirá dejarlo atrás, y así no tendré que emplear energía extra en mitigarlo. La idea que tengo es algo parecida a decir adiós a mi salvaje adolescente para decir hola a mi adulta madura sin temer mi vulnerabilidad.

Darme cuenta de las decisiones y consecuencias en mi vida actual

Del mismo modo que la rabia funcionaba como una forma de protección, las afirmaciones y creencias auto-generadas sobre mí fortalecen los sentimientos ocultos. Mientras me digo todos esos mensajes, niego lo que está por debajo. No tengo que confrontar ni el vacío del abandono, ni el dolor y el miedo que causó.

Las decisiones tomadas durante los primeros estadios de la rabia se mantienen activas a menos que esa rabia sea tratada de forma directa. Cuando hacemos frente a esta rabia primaria, algo que hemos de considerar es que la eficacia terapéutica aumenta si la abordamos en un estado de regresión.

“La regresión es de interés cuando constituye un retroceso a los viejos patrones de lidiar con el mundo, patrones que fueron aprendidos muy pronto en la vida y que se mantienen disponibles para nosotros cuando nuestras estrategias no funcionan” (Moursund y Erskine, 2004, p. 172). Yo *experimenté* la intensidad emocional de los sentimientos volviendo a su origen, mientras era acompañada por el terapeuta. Esos patrones están basados en los mensajes y las conclusiones que fueron significativas para mí bajo la presión de las circunstancias del pasado. La mayoría de ellos permanecen activos en el presente fuera de la consciencia. Por lo tanto, la regresión no sólo me ayudó a contactar con mis emociones, sino también a captar el modo en el que yo me había estado programando.

En el proceso terapéutico me hice consciente de varias de esas creencias, que describiré en orden secuencial:

“No soy importante”

De alguna manera, mantuve la esperanza infantil de que si era capaz de volverme importante, mi madre me vería. Como ella no lo hizo, concluí que “Yo no soy importante”. No ser importante tenía el propósito de evitar admitir que ella priorizaba a otros por encima de mí. Mientras escribo estas palabras y progreso en mi terapia, me he empezado a preguntar si no tendré que enfrentarme a lo que subyace: No soy importante porque “hay algo mal en mí”. Todavía tengo dificultades para considerarme una persona digna de reconocimiento, por mis logros, mis destrezas, por quien yo soy.

A: Pero las palabras “no importante”...

T: No entendí tu tono de voz en eso.

A: Estoy enfadada. Yo no quería verlo.

T: (suave) ¿Qué es lo que no querías ver?

A: Que me sentía no importante.

“No necesito nada”

Básicamente, estoy negando la necesidad de relaciones, es el tema recurrente. Como mujer adulta, normalmente soy considerada en general como fuerte y funcional; “independiente” también, por supuesto. Esos valores externos encubren bien mis inseguridades.

Por el hecho de que tanto mi padre como mi madre, enviaron suficientes mensajes relacionados con “crece deprisa para ayudar en casa”, “cuida a tus hermanos pequeños”, “hazlo por ti misma”, yo capté de forma clara que ninguno de ellos iba a estar disponible para satisfacer los requerimientos de una niña pequeña. Incluso se molestaban a veces o eran indiferentes en las pocas ocasiones que recuerdo estar pidiendo algo.

T: (interrumpiendo, alto, firme) Mamá, necesito...

A: (gritando muy alto, rápido) ¿POR QUÉ ME HAS TENIDO? YO SOY TU HIJA, SOY TU HIJA Y TÚ NO ME VES, ¡¡¡TÚ NO ME VES!!!

T: (más alto) YO NECESITO, (firme) necesito...

A: (gritando violentamente) MIERDA, YO NO NECESITO NADA DE TI.

T: (firme, alto) necesito...

A: (muy enfadada, más rápido) YO NO NECESITO NADA.

T: (tono firme) Mamá, necesito...

A: (interrumpiendo, chillando) ¡¡¡NO!!!

T: (tono firme) Mamá, necesito...

A: (interrumpiendo, chillando) NO, YO NO NECESITO NADA.

T: (tono firme) Mamá, necesito...

A: (gritando) NO, ¡CÁLLATE! (6'')... (Voz entrecortada, más bajo, suave) No puedo... (Llanto) ¡Ay!

También tomé consciencia de la decisión de **“Quiero estar enfadada”**, en

otra sesión, tres meses más tarde.

Ya que este artículo está relacionado con la rabia, puedo añadir pocas cosas sobre cómo la he convertido en mi principal forma de expresar lo que siento, encubriendo el resto de las emociones. Estas transacciones proveen la noción de la forma en la que mantuve mi decisión como una protección. Ni siquiera respondí a la invitación del terapeuta de expresar lo que necesitaba de mi madre; yo rechazaba esa posibilidad.

T: (firme) “Y yo necesito...”

A: (5’’) No vayas ahí; (llorando) ¡Ay!

T: “Tú no escuchas, madre...”

A: (gritando) ¡¡¡Ah, ah!!!

T: “Pero yo necesito...”

A: (con arcadas)

T: (10’’) “Aunque pretendo que no necesito nada de ti, lo que yo necesito es...” (Ángela está respirando de forma rápida y dificultosa) (28’’) Deja que salga ese temblor.

A: (6’’) (gritando) Puta, tú no me ves. ¡NO ME VES! Ni ves mi sufrimiento, ni ves nada. Gilipollas mierdosa, ¿Tú para qué sirves? Estúpida mierdosa. ¿Para qué coño me has tenido?, “victimorra” deprimida, ¡Argh! Bla, bla, bla. ¡MIERDA! ¡Uf! (Tono adolescente) No quiero necesitar nada, quiero estar enfadada.

“Me rindo, es inútil”

Todavía, en vez de aceptar la ausencia en la relación madre-hija, me centré en mis propias habilidades de niña para provocar un cambio. Pero ese cambio nunca ocurrió, así que mientras crecía hacia mi adultez, aprendí a no intentarlo siquiera (expresar mis sentimientos, conseguir cosas para mí, protestar de forma justa...).

A: (voz quebrada, casi con lágrimas) ¿Cómo voy a arreglar esto? No hay madre, no hay madre. Solo hay dolor, así que, así que...

T: (más rápido) Continúa, quiero oír tu enfado; ¡venga!

A: (más alto) ¡No hay madre! ¿Cuál es el propósito de hablar de eso? (Voz rota) Hay dolor, dolor, abandono, dolor, dolor, dolor. ¿Cuál es el propósito de hablar sobre la madre?

T: ¿Y qué hay de la rabia?

A: ¡No hay madre! (muy alto, tono duro) La rabia ha estado conmigo toda mi vida, pero estoy harta de estar enfadada. Puedo ser cruel, puedo ser peligrosa, y puedo pegar a la gente, y puedo odiar a la gente y yo no quiero ser así.

T: ¿Y qué pasa si pides “mamá, ven aquí, ahora”?

A: Es inútil.

T: “Mamá ven...” ¿es qué?

A: Es inútil.

T: (alto) ¿Es QUÉ?

A: (gritando, muy enfadada) ¡¡¡ES INÚTIL!!! Es inútil. No me provoques; (Gritando, voz quebrada) Siempre es doloroso...

T: Escucha esa conclusión.

A: (voz rota) Siempre duele... Me rendí, me rendí...

De algún modo, las siguientes transacciones resumen el trabajo:

T: Volvamos a la decisión de esa niña pequeña, enfrentándose a una gran sensación de decepción y de traición: “tú (madre) no estabas ahí cuando te necesitaba, así que...”

A: (tono más bajo, adulto) No voy a necesitar nada, no voy a pedir nada... Me voy a aislar.

T: Aislar... ¿Qué más?

A: No pelearé por lo que es justo para mí, no expresaré mis sentimientos, no demostraré quién soy; (más alto) seré NADA, ¡QUÉ HORROR!

Resolver y decidir nuevas maneras de relacionarme con las personas y conmigo misma

Facilitar la expresión de la rabia ha sido necesario para que yo contactara con su dimensión real: la completa consciencia de su intensidad y de su efecto en mí; me quedaba tan abrumada que me resultaba difícil contactar con cualquier otra cosa. Esto no habría sido posible si el terapeuta hubiera mostrado miedo o si yo no hubiera confiado en él lo suficiente.

La relación terapéutica es reparativa en sí misma porque proporciona una nueva experiencia en la que los viejos patrones no funcionan, ya que no tienen el efecto que yo estaba acostumbrada a esperar. La fuerte y sólida presencia del terapeuta marca la diferencia en el sentido de fomentar un escenario opuesto al original: *yo no me libro de él*, no importa cuánto me enfade o lo dolida que me sienta. Le convertí en el objetivo de mis explosiones de rabia, y fui capaz de entender mis sentimientos. La exteriorización de mi pre-adolescente continúa:

A: (enfadada) Este tema es confuso; bebés, bebés, bebés...necesidades, necesidades, necesidades...y encima aquí estás tú. Y además puedo ser abrazada por ti. Y entonces (más rápido, más alto) me gusta de verdad y después lo echo de menos y entonces ¡¿QUÉ?!

T: (firme) Así que estás enfadada conmigo.

A: Listillo.

Durante este diálogo, mis pensamientos se relacionaban con el hecho de que mi terapeuta no reaccionaba en absoluto en contra mía. La pregunta “¿Por qué está todavía conmigo?” me venía a la mente una y otra vez.

T: Tú estás enfadada conmigo.

A: (pretenciosa) No, no-lo-es-to-y.

T: Sí, tú...

A: (interrumpiendo) (muy rápido) No eres nada.

T: (riendo) Oh, venga, si fuera nada, no me estarías hablando en ese tono.

Has empezado a sentirte cercana a mí.

A: (murmurando) Odio estar cerca de ti.

T: ¿Hum?

A: (chillando) Odio estar cerca de ti.

T: (retando) Pensé que odiabas estar cerca de cualquiera.

A: Especialmente de TI.

En el proceso de ayudar a un cliente a cambiar los antiguos e innecesarios patrones, el terapeuta tiene la responsabilidad de establecer límites en la conducta que pudiera causar daño a alguno de los dos o a ambos; en mi caso, una vez que las sesiones van progresando, se hace importante reflexionar sobre mi responsabilidad por mi mal comportamiento hacia el terapeuta o hacia otras personas y sus consecuencias.

El siguiente fragmento pertenece a una sesión que tuvo lugar con un contrato terapéutico específico para conectar con mi adolescente (no de la forma espontánea que había surgido antes) durante quince minutos. El diálogo es muy rápido, la única forma de poder seguirlo para el terapeuta es estar completamente presente:

A: (interrumpiendo, rápido, con desprecio) Así que aquí estás tú, y tú me vas a enseñar cómo estar en una relación. ¡Oh!, ¡oh!..., seguro, me enseñas hoy y después te vas y aquí estamos. Inteligente, muy inteligente, muy inteligente, muy, muy inteligente; sí, sí, muy listo (sonido de mofa con la lengua).

T: Bien, gracias por el cumplido.

A: (rápido) No seas sarcástico; yo soy la que va a ser sarcástica. Tú tienes que ser el adulto.

T: (muy firme, serio) No – te – atrevas – a – decirme – como – comportarme.

A: (imitando) “No – te – atrevas – a – decirme – como – comportarme”.
(Muy rápida, desafiante) Te diré lo que quiera decirte.

T: Eso es obvio.

A: (interesada) ¿Qué es obvio?

T: (neutral) Qué me vas a decir lo que quieras. Aunque te hagas daño.

A: (6'') (desafiante) Yo no me voy a hacer daño; voy a hacerte daño a TI.

T: (calmado, asertivo) Tú no crees que yo voy a aguantar eso, ¿verdad?

A: (más bajo, más despacio) No sé. Nunca lo he intentado.

Un ejemplo más de ese mismo trabajo, en el que continúo revelando mi mal genio mientras el terapeuta se mantiene en un tono firme-equilibrado-provocativo. Una escalada de mi rabia desencadena, como resultado final, una profunda regresión a mi etapa temprana, la verdadera y profundamente herida bebé.

A: Te voy a pegar.

T: (muy firme) Bueno, no te va a gustar el resultado de eso. ¿Crees que soy tan tonto que no me voy a defender?

A: (contenida) Puede ser, quién sabe... (5'') (Cambia el tono, imitando) Tú dijiste “puedes ser más desagradable”, así que yo puedo ser más desagra-

dable y uso mis palabrotas contigo, y te las digo a ti (arrogante, provocativa) ¿Quieres más?

T: *(más bajo, en calma) Si es necesario, sí; si es absolutamente necesario para que niegues...*

A: *(profundo suspiro)*

T: *...la profundidad de tu dolor... sí, dame más. Porque de esto se trata lo de ser desagradable: distracción, distracción, distracción. (12'' En silencio). Un dolor tan solitario.*

Siento en mis entrañas lo esencial de esta experiencia de sanación: invitarme a restablecer una nueva forma de relacionarme con alguien, una persona que ya es importante para mí (además me ha demostrado que puedo confiar en él). Una única y bien establecida relación terapéutica hace posible generalizar una nueva forma de vincularse con los demás. El aislamiento y la necesidad de retraerme ya no son necesarios porque estoy desarrollando patrones alternativos:

A: *(10'') (tono tajante) Si yo necesitaba a mi madre, y mi madre no estaba allí...*

T: *¡Ajá! Pon eso en tus propias palabras. Necesitabas a tu madre y ella no está allí y parece que intencionadamente no está allí. (Ángela está llorando). ¿Qué sientes?*

A: *¡Ay! (muy bajo, cabeza agachada.) No puedo sentir. (8''), (llorando). Me estoy bloqueando. (Suspiros, lágrimas), (36'') NECESITO SENTIRTE MÁS CERCA, ¿eso está bien para ti?(El terapeuta deja el sillón y se traslada al colchón).*

A: *(voz quebrada, con lágrimas) Yo no puedo ir sola a ese dolor; ese dolor otra vez (Ángela está ahora sosteniendo su cabeza sobre las piernas del terapeuta). Me siento tan sola (llorando).*

Otro ejemplo como continuación, que procede de la misma sesión:

A: *Estoy teniendo...Estoy teniendo una experiencia muy importante contigo*

T: *¿Cuál es, Ángela?*

A: *Permitirme a mí misma estar cerca de ti.*

T: *Eso está bien.*

A: *(asintiendo) Hum, hum...*

T: *(gestos de "ven aquí").*

A: *(muy bajo) Yo peso mucho...(acurrucándose en el terapeuta, un profundo y relajado suspiro).*

No recuerdo la experiencia de momentos como estos cuando era una niña pequeña, ni de iniciar esta clase de contacto con otras personas para reconfortarme.

Aunque todavía me quedan más pasos por dar y más heridas que sanar..., ahora sé que no quiero hacerme daño ni hacérselo a nadie más; ahora sé que puedo

pensar en lo que necesito, en lo que estoy echando a faltar y qué es lo que quiero antes de perderme en la rabia; y ahora sé que puedo cambiar. ¡Hay solución!

A: (4'') Hum... (entusiasmada) Vale. Así que mi rabia, por dentro... Oh, ¡Ya lo capto! Mi rabia interna, toda mi lucha, mis comportamientos, lo que acabo de hacer contigo, ¿sí? ¡Ooh, ostras!

T: Dilo otra vez para que yo pueda escuchar todas tus palabras

A: (13'') (tres grandes suspiros, emocionada) Lo que te acabo de hacer a ti, ahora, es lo que he estado haciendo en mi matrimonio, con mi marido (y con otras personas). Sacaba la rabia que llevaba dentro, todas mis luchas, mis luchas internas. Sobre ser una bebé, no querer ser una bebé; tratar con mi adolescente... (10'') Oh, esa parte es mi responsabilidad. Esa parte... yo tengo la solución.

T: ¡Desde luego!

A: (4'') Te quiero.

Esta es la frase que he escogido para terminar las transcripciones. Es la actitud vital que pretendo conservar: mi voluntad de seguir diciendo “Te quiero” y la esperanza de que estoy aprendiendo, desde mi corazón, a aceptar también el “Te quiero”, porque es la esencia de la intimidad en relación.

Conclusión:

Y para finalizar, compartiré algunas ideas:

Durante el 4º Congreso de la IIPA en Eslovenia (2009), Erskine, en su discurso de apertura dijo: “La cura del estrés, del abandono y del trauma, se produce a través de una relación terapéutica de pleno contacto”.

Estos son, según mi opinión, los elementos básicos y específicos para abordar la rabia desde una relación terapéutica bien establecida:

- Tiempo invertido en conseguir información sobre las funciones específicas de la rabia y su origen en este cliente único (“tiene que haber una razón”).
- Calidad de las transacciones (honestidad, espontaneidad, autenticidad, interés genuino...) basada en la plena presencia del terapeuta. Esto permite al cliente mostrarse a sí mismo.
- Disponibilidad para aceptar el nivel de enfado por parte del cliente, que puede incluir ataques personales.
- Habilidad del terapeuta para mantener una posición firme durante los arrebatos, para proteger a ambos, cliente y terapeuta, sin romper el vínculo.
- Sensibilidad especial para apreciar y diferenciar los estados de regresión en el cliente (a veces de forma espontánea, otras veces bajo contrato).

Referencias bibliográficas

- Erskine, R.G. (2009, abril). Relational Group Therapy: The Healing of Stress, Neglect and Trauma. Discurso de apertura. *4º Congreso Internacional: Trauma agudo, Negligencia acumulada y Estrés crónico, organizado por la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa*, Lago Blend, Eslovenia.
- Erskine, R. G., y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en Acción*. (I. Arregui, trad.) Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la Empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación*. (N. Mestre, trad.) Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Thomson: Brooks/Cole.

UNED

Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores

Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4
Núm. páginas: 736
Año Edición: 2013
Editorial: UNED

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN INTERVENCIÓN CON FAMILIARES EN DUELO POR SUICIDIO

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY INTERVENTION WITH FAMILY MEMBERS IN GRIEVING OVER SUICIDE

Yarima Etxeberria Ibáñez

Psicóloga. Psicodramatista. Psicoterapeuta Integrativa Certificada por la IIPA.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Etxeberria Ibáñez, Y. (2016). Psicoterapia Integrativa en Intervención con Familiares en Duelo por Suicidio. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 39-50.

Resumen

El suicidio de una persona allegada constituye un evento traumático especialmente impactante. Para los familiares, el duelo consecuencia del suicidio presenta características diferenciales y requiere intervenciones terapéuticas específicas en comparación con otro tipo de duelos. En este artículo se describen los métodos principales de la Psicoterapia Integrativa como psicoterapia relacional y su aplicación al tratamiento de familiares en casos de suicidio. Se detalla el proceso terapéutico en una mujer cuyo padre hace un intento de suicidio y se presenta el testimonio escrito de su experiencia fenomenológica del proceso desde las necesidades relacionales.

Palabras clave: *Psicoterapia Integrativa, Suicidio, Familia, Tratamiento*

Abstract

The suicide of a close person is a particularly shocking traumatic event. To family members, the consequence of suicide grieving presents differential characteristics and requires specific therapeutic interventions compared to other type of grieving processes. This article describes the main methods of Integrative Psychotherapy as relational psychotherapy and also its application to the treatment for families involved in suicide incidents. The therapeutic process of a woman whose father makes a suicide attempt is described and also a written testimony about her phenomenological experience from the relational needs approach.

Keywords: *Integrative Psychotherapy, Suicide, Family, Treatment*



Introducción

Toda situación de duelo por la pérdida de un ser querido supone una crisis para la persona que está viviendo la experiencia. Implica un proceso, más o menos largo, en que la persona en duelo puede atravesar momentos de shock, enfado, miedo, profunda tristeza, desesperanza, temor hacia el futuro... (Kübler-Ross, 1969). Cuando la pérdida de este ser querido es consecuencia de un suicidio, el proceso de duelo presentará determinadas características que lo diferencian del resto. Munera Ramos (2013) describe cómo los supervivientes experimentan un conjunto de emociones que no se encuentran con la misma frecuencia en otras causas de muerte; destacaríamos entre ellas:

- Sentimientos de traición y abandono.
- Sentimientos de culpa.
- Fracaso del rol (sobre todo en progenitores cuyo hijo o hija se suicida).
- El estigma o sensación de que la familia es condenada y cuestionada por el suicidio del familiar.
- Sentimientos de vergüenza y de miedo, por la posible vulnerabilidad a cometer suicidio o a padecer enfermedad mental.
- Pensamiento distorsionado sobre la realidad del suicidio, tratando de explicar la muerte como accidental.
- Sentimiento de alivio, personal y por el propio fallecido.

Tejedor, Díaz, Farré y Gómez (2010) en su descripción del tratamiento del suicidio destacan que los supervivientes de una muerte por suicidio son especialmente vulnerables y con frecuencia presentan duelos de difícil resolución. Proponen ayuda psicológica y la integración en grupos o asociaciones de afectados para enfrentar la situación.

Así, la pérdida de un ser querido como consecuencia de un suicidio supone una grave y crítica ruptura relacional. La persona en duelo puede no sólo sufrir las consecuencias de la pérdida sino, además, elaborar o reforzar creencias sobre sí mismo, los demás y la cualidad de la vida que podrían comprometer el resto de sus relaciones actuales y futuras. Por ejemplo, podría desarrollar creencias del tipo “no soy suficientemente importante, por eso se mató; no supe cómo ayudarlo, le fallé; no puedo contarle porque me criticarán, pensarán que yo también puedo estar loco...”.

En la medida en que el vínculo ha sido dañado y en la medida en que pueden resultar dañados también otros vínculos actuales y futuros, una psicoterapia relacional como la Psicoterapia Integrativa podrá ofrecer un tratamiento efectivo y de cura para las personas en duelo por el suicidio de un allegado.

Psicoterapia Integrativa: conceptos generales

Los principios filosóficos que están a la base de la Psicoterapia Integrativa postulan el valor inherente a cada individuo.

Desde esta perspectiva, se plantea una psicoterapia co-construida, respetuosa,

con base evolutiva y centrada en el aspecto interpersonal –una psicoterapia que sustenta la relación entre el terapeuta y el cliente como elemento central de un proceso de cura y de crecimiento personal (Erskine, 2016, p. xxix).

Se entiende “integración” desde varias perspectivas:

Por un lado, se refiere al proceso de integrar la personalidad. Vivir con aspectos de nosotros mismos escindidos, no conscientes o no resueltos, dificulta nuestra capacidad de contacto interno y externo, y conlleva la utilización de mecanismos de defensa y un sistema fijado de percepción y afrontamiento de la realidad. La consciencia y la unificación de todos estos aspectos en una personalidad cohesionada permitirán a los individuos una mayor espontaneidad y flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de la salud y las relaciones de intimidad.

Implica también la unificación coherente de los planos afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico de la persona, prestando atención también a la dimensión espiritual.

Finalmente, la Psicoterapia Integrativa considera las aportaciones de múltiples teorías sobre el funcionamiento humano, valorando que cada una de estas perspectivas contribuye a una visión global de los individuos:

El enfoque psicodinámico, el enfoque Centrado en el Cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las Teorías de las Relaciones Objetales, la Psicología Psicoanalítica del Self y el Análisis Transaccional, las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo y las teorías que describen las defensas auto-protectoras utilizadas cuando se producen interrupciones en un desarrollo normal (Erskine, 2016, p. 2).

Asimismo, técnicas y metodologías terapéuticas de cada una de estas escuelas se utilizarán de manera integrada para ofrecer la intervención más adecuada a las necesidades específicas de cada cliente y a su momento vital (Erskine, 1997; O’Reilly-Knapp y Erskine, 2003; Moursund y Erskine, 2004; Erskine, 2010; Erskine y Moursund, 2014; Erskine, 2015a).

El objetivo de una Psicoterapia Integrativa es facilitar la plenitud del individuo, en las áreas intrapsíquica e interpersonal, de manera que la resolución de los conflictos arcaicos y el afrontamiento de las crisis vitales sea una oportunidad para el crecimiento, el aprendizaje y una mayor libertad vital (Erskine, Moursund y Trautmann, 2012, p. 45).

Para ello, la Psicoterapia Integrativa basa su intervención terapéutica en una teoría de los métodos que incluye métodos relacionales, intrapsíquicos, de terapia corporal y proceso relacional de grupo (Erskine, 2015b). Los métodos relacionales, que serán los que se detallan a continuación, se basan en la Indagación, la Sintonía y la Implicación. Estos tres métodos se entrecruzan e interaccionan todo el tiempo a través del proceso terapéutico y es sólo por cuestiones didácticas y de análisis que se presentan separados entre sí.

La indagación es el proceso por medio del cual el psicoterapeuta invita al cliente a explorar su experiencia (...); indaga sobre cada aspecto de la creciente consciencia del cliente. En el proceso de esta indagación, el psicoterapeuta debe estar sintonizado con la experiencia del aquí-y-ahora del cliente para poder hacer el seguimiento del progreso de la exploración y regularlo. La sintonía implica ser sensible a lo que sea que le esté sucediendo al cliente y resonar con ello. A su vez, la sintonización podrá mantenerse solamente si el psicoterapeuta está plenamente presente, consciente de su propio proceso interno, así como del proceso interno del cliente; solamente si el psicoterapeuta está implicado en la relación y abierto a que ésta le conmueva y le afecte. (...). Con una cuidadosa indagación, una sintonización sensible y una implicación auténtica, el psicoterapeuta será experimentado como alguien con quien se puede contar, coherente y digno de confianza (Erskine et al., 2012, p. 50-51).

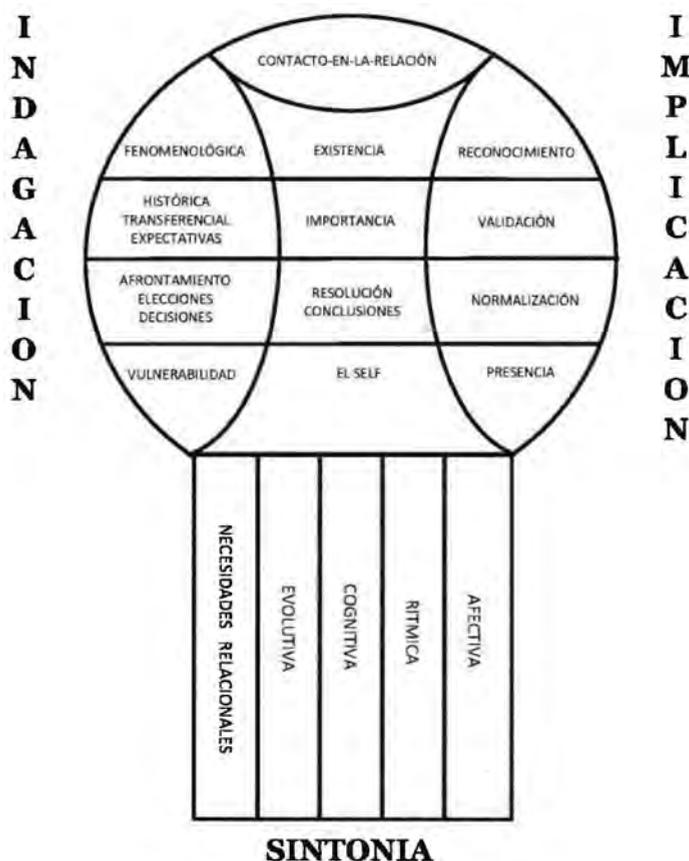


Figura 1. *Keyhole u Ojo de Cerradura*. O'Reilly-Knapp y Erskine (2003)

A continuación, se describe el proceso terapéutico desarrollado desde estos métodos relacionales de la Psicoterapia Integrativa con Ana, mujer de 45 años cuyo padre sobrevivió a un intento de suicidio.

Ana: una terapia de contacto-en-relación

El padre de Ana llevaba más de 15 años en tratamiento psiquiátrico por un trastorno de depresión mayor, agudizado en los últimos años después de morir su mujer, la madre de Ana. Expresaba habitualmente sentimientos de angustia, desesperanza y nulos deseos de vivir. Es por ello que no supuso una sorpresa para Ana cuando su padre intentó suicidarse. La preocupación por su padre, el impacto personal que la relación con él le suponía y la frustración por la negativa de él a recibir el apoyo que requería, constituían contenidos habituales en sus sesiones de psicoterapia.

Cuando Ana supo del intento de suicidio de su padre, cerca de la medianoche, envió un sms a su terapeuta: “Mi padre se ha intentado suicidar. Aún está vivo. Voy hacia el hospital”. En respuesta, su terapeuta escribió “Ana, las crisis a veces son mejores que el mantenimiento de la situación de angustia. Puede que a partir de ahora las cosas puedan ir mejor con él. Estoy contigo. Llámame mañana”. Esta primera intervención en la situación de crisis incluye tanto la presencia y el apoyo del terapeuta, como la sintonía con lo que Ana requiere para el afrontamiento práctico de la situación: en pleno estado de shock, Ana necesita poder tener un horizonte esperanzador que le permita confiar en que, tras la resolución de la crisis, podrá haber una realidad más favorable. El mensaje de Ana es parco, breve y disociado de lo emocional; el terapeuta responde sintonizando con este estado afectivo de auto-protección y no indaga sobre contenidos que impliquen contacto interno y con la vulnerabilidad. En ese momento, lo prioritario es el apoyo emocional y la presencia con Ana, que necesita tener su energía disponible para el afrontamiento de la situación y dejar para un momento posterior el abordaje de su vivencia interna.

A la primera sesión después del ingreso del padre, Ana llegó con todos los síntomas de haber vivido un evento traumático: hiperexcitación y estado de alerta, necesidad de relatar repetidamente los hechos, cierta insensibilidad emocional y sintomatología física (alteración del sueño, falta de apetito, sensación de mareo...). En ésta y en las siguientes sesiones, Ana depositaba muchísimos contenidos, principalmente relacionados con los hechos que iban aconteciendo a lo largo de los días, las tareas de organización que estaba realizando (ingreso de su padre en la unidad de Psiquiatría del hospital, posterior traslado a una residencia asistida, nuevo acondicionamiento de la casa, contratación de una cuidadora...) y cómo estaba gestionando Ana, en paralelo, su propia vida y su propia actividad profesional.

El terapeuta escuchaba activamente los contenidos planteados espontáneamente por Ana y acompañaba la escucha con una cuidada **indagación fenomenológica** sobre su vivencia interna y el impacto emocional y corporal ante

todas estas situaciones. Ana manifestaba sentir tristeza, miedo por el futuro, enfado hacia su padre, cansancio físico...; era tal su hiperactivación, que esta indagación fenomenológica exigía en algunas ocasiones intervenciones terapéuticas en la línea de invitarle a detenerse y notar su agitación interna para que pudiera hacer un contacto más consciente con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones. A la vez, fue importante que estas intervenciones se realizaran de una manera cuidada y medida para respetar la necesidad de disociación emocional que requería la resolución de las situaciones prácticas.

Algunas de sus vivencias provocaban sentimientos de culpabilidad y vergüenza en Ana: “ojalá se hubiera matado; habría acabado su sufrimiento y el mío”, “estoy enfadada porque ahora tengo que dejar mi vida para cuidarle cuando antes nunca aceptó mis sugerencias de tratamiento”.

Toda indagación fenomenológica fue seguida de aceptación y **reconocimiento**, sin ningún juicio de valor ni hacia sus conductas ni hacia sus vivencias internas. Reconocimiento y **validación** de todas sus emociones, como reacciones valiosas y respetables ante un hecho tan traumático. Algunos ejemplos de intervenciones terapéuticas a lo largo de todo el proceso: “Veo que experimentas muchísimas emociones, algunas de ellas incluso contradictorias y difíciles de aceptar por una misma. Debe de ser duro manejarte con todo eso internamente”, “Tu cuerpo también está manifestando el impacto”, “Será importante que escuchemos cada una de estas emociones y señales, sin cuestionarte si son adecuadas o no, para poder identificar qué estás necesitando en cada momento. Estás viviendo todo esto, no añadas malestar juzgándote por ello porque cualquier vivencia tuya, en estas circunstancias será normal”.

Durante los meses siguientes al intento de suicidio, la psicoterapia de Ana estuvo basada en el aquí-y-ahora. A diferencia del proceso terapéutico previo a este evento, apenas hubo **indagación histórica** ni trabajo sobre escenas evolutivas infantiles. Ana necesitaba su energía para el presente. En todo caso, su terapeuta asociaba en algunas ocasiones ciertas vivencias actuales de Ana con vivencias anteriores de una cualidad emocional parecida: “este enfado / tristeza / miedo que sientes ahora hacia tu padre no es sólo actual; lo has estado experimentando desde hace mucho tiempo, ¿verdad? ¿Hay alguna escena en concreto que te venga a la memoria?”.

Ante una experiencia tan impactante, Ana utilizó las **estrategias de afrontamiento** que manejaba con más facilidad; aquéllas que entrenó en su infancia y adolescencia como herramientas que le ayudaban a lidiar con las situaciones de crisis. Así, Ana tendía a descontar el impacto emocional de lo que estaba viviendo, racionalizaba, se ocupaba con eficacia de la gestión de las cuestiones prácticas y se mantenía ocupada con diversas tareas con el objetivo de no contactar con su vulnerabilidad. Cuando Ana mostraba este funcionamiento, su terapeuta lo **normalizaba**, con intervenciones como las siguientes: “ahora necesitas utilizar tus tácticas internas conocidas y habituales, aquéllas con las que te sientes más segura.

Aprendiste a usar el pensamiento, separándote de las emociones, como una manera de lidiar con situaciones que te dolían. Ésta es una de ellas, así que está bien que lo hagas sabiendo que lo haces; probablemente sea imprescindible en este momento porque tienes muchas decisiones que tomar y muchas tareas que cumplir”, “Cualquiera se sentiría desbordado. Nadie en tu situación podría ocuparse de todo a la vez así que estará bien que te organices por fuera y por dentro como te resulte más llevadero”.

En algunas ocasiones, el dolor emocional y el cansancio físico desbordaban a Ana. Sus estrategias de afrontamiento de racionalizar, estar hiperactiva, centrarse en lo práctico..., quedaban superadas y contactaba con sentimientos intensos de **vulnerabilidad**, tristeza, angustia, miedo y desesperanza. En estas ocasiones, generalmente sólo lloraba, sin palabras. Su terapeuta solía cogerle de la mano y acompañarle en el silencio, asegurándose de que ella pudiera sentir su firmeza y su cercanía. También podía inferir sobre lo que podía estar experimentando Ana en esos momentos de dolor más profundo, y se lo transmitía como una manera de mostrar su **presencia**: “parece que a veces no hay palabras que recojan suficientemente lo que sientes, ¿es así? Es tanta la tristeza y la angustia que todo tu cuerpo estará experimentándolo con mucha intensidad”, “No hace falta que digas nada. Incluso aunque estés en silencio, yo estaré aquí contigo”, “No estás sola”.

En la medida en que el terapeuta reconoce, valida y normaliza sus vivencias, se hace presente de una manera clara y palpable para Ana, y valora así su **self vulnerable** y dañado que tanto apoyo está necesitando.

Durante todo este trayecto terapéutico, Ana ha requerido de su terapeuta una **sintonía** sensible a diferentes aspectos de sí misma. Teniendo en cuenta las características de personalidad de Ana y sus estrategias de afrontamiento, es especialmente importante atender a la **sintonía afectiva** y a la **sintonía cognitiva**.

Ana es una mujer inteligente, acostumbrada a resolver situaciones y con facilidad para analizar la realidad, valorar diferentes opciones, medir pros y contras de cada una de ellas y tomar decisiones. A pesar de encontrarse inicialmente en estado de shock, su razonamiento era ágil y requería que su terapeuta estuviera atento a cómo iba ella elaborando sus ideas, otorgando significado a lo que ocurría y realizando conexiones de pensamiento. Cuando su terapeuta le acompañaba en la reflexión sobre cómo elegir un buen centro de ingreso para su padre, cómo compaginar el cuidado de éste con su actividad profesional, qué posibles servicios públicos y/o privados podrían resultarle útiles, cómo plantear la selección de una persona cuidadora... no estaba simplemente apoyando a la parte más adulta y resolutive de Ana. A un nivel más profundo, esta **sintonía con su proceso de pensamiento** posibilitaba que Ana pudiera experimentar (incluso sin ser consciente de ello) que su terapeuta podía entenderle, y que estaba presente e implicado con ella en todo este proceso, en el conjunto de su situación vital.

Con relación a sus afectos, cuando Ana se mostraba profundamente triste por tener un padre sin deseos de vivir, su terapeuta sentía y expresaba compasión hacia

ella; no un “compadecimiento” superficial sino un verdadero co-sentir su dolor. Ante el enfado de Ana por el caos en el que estaba sumida su vida a causa de la conducta de su padre, recibía respeto por parte de su terapeuta, que la tomaba en serio y no trataba de minimizar su emoción. Si Ana expresaba miedo por el futuro de su padre y por el suyo propio, la respuesta de su terapeuta iba orientada a la protección, a la transmisión verbal y no verbal de su disponibilidad para estar en contacto con ella y trabajar para ofrecerle una actitud terapéutica que le proporcionara seguridad. “Ana, vamos a ir poco a poco. Estoy contigo en esto e iremos encontrando respuestas a tantas incertidumbres”, le transmitía con consistencia mirándole a los ojos.

Aunque Ana experimentaba principalmente emociones relacionadas con el malestar, también vivía habituales momentos de alegría y de contacto amoroso con personas cercanas. En las ocasiones en que dejaba a un lado el cuidado de su padre, retomaba actividades de ocio con las que disfrutaba, se distraía y se energizaba; y su terapeuta apoyaba y compartía con ella esta sensación de bienestar, y la utilizaba para ayudarle a no perder la esperanza de un futuro feliz: “Ana, ayer disfrutaste en el cine con tus amigas; te reíste y te sentiste querida. Hoy aún pesa mucho el dolor y la preocupación, pero según pase el tiempo y tal y como estás invirtiendo para ello, en el futuro llevarás esta alegría contigo con mucha más intensidad y frecuencia”.

La sintonía afectiva y la **sintonía rítmica** estaban íntimamente relacionadas en el proceso terapéutico de Ana. Sintonizar rítmicamente exigía al terapeuta ser sensible y responder a los patrones de ritmo rápido de Ana, incluso aunque a veces pudieran resultarle excesivos. Al mismo tiempo, en ocasiones él percibía señales no verbales de Ana que indicaban que estaba experimentando internamente emociones intensas, aunque no estuviera siendo consciente de ello (movimientos corporales, cambios en su mirada o en su tono de voz, gestos específicos...). Entonces, valoraba que Ana necesitaba poder tomar contacto con sus emociones, ir más despacio para poder sentir, pensar y hablar de su experiencia interna, de manera que pudiera establecer contacto pleno consigo misma. Y priorizaba la sintonía emocional... para posteriormente volver a sintonizarse con el ritmo que Ana presentara.

Durante los meses de proceso terapéutico posteriores al intento de suicidio del padre, e incluso aunque los contenidos explícitos que trabajaran durante las sesiones fueran aparentemente actuales, el terapeuta tenía presente todo el tiempo a la Niña de Ana. Conocía las experiencias infantiles y adolescentes de Ana, su relación histórica con su padre, las conclusiones y decisiones (explícitas e implícitas) que había ido tomando, las necesidades no satisfechas, los afectos reprimidos y/o vividos en soledad, los permisos que pudo necesitar y no tuvo... Por todo ello, en cada una de las sesiones, el terapeuta contemplaba también la **sintonía evolutiva** con Ana y respondía adecuando sus intervenciones, a nivel verbal y no verbal, a lo que podía necesitar, tanto la Ana adulta como la Ana regresada y “enganchada” en vivencias y funcionamientos arcaicos.

El intento de suicidio de una persona allegada, o la materialización del mismo,

tal y como se ha planteado anteriormente, supone una situación traumática que afecta directamente a lo vincular, algo que no ocurre de igual manera en otro tipo de duelos. Ana tuvo que elaborar el impacto que la conducta de su padre le provocaba directamente a ella: “lo que él me ha hecho”. Por ello, fue especialmente terapéutico el calor y el apoyo que experimentó durante los meses siguientes, tanto por parte de su terapeuta como por parte de muchas personas cercanas. La **sintonía con sus necesidades relacionales** fue especialmente sanadora para Ana.

Por esta razón, como cierre de su proceso de tratamiento y en colaboración con su terapeuta, Ana escribió un texto en el que describía lo que había ido experimentando a la luz de las necesidades relacionales (Erskine, 2016, p. 46). Ese texto se presenta a continuación.

Mis necesidades relacionales y mi gente

En noviembre del 2015 mi padre hizo un intento de suicidio. No fue una sorpresa, llevaba muchos años muy deprimido y sin ninguna motivación para seguir vivo. Solía decir que las personas deberían morirse cuando dejan de vivir, y él hacía tiempo que había dejado de sentir deseo por la vida.

Los días, semanas y meses siguientes a su intento de suicidio fueron difíciles e intensos para mí, pero me sentí consistente, capaz de escuchar y gestionar mis emociones tan diferentes y alocadas, capaz de gestionar tareas y aprendí mucho, de mí misma y del manejo de estas situaciones.

Tengo la certeza de que gran parte del éxito de cómo pude manejar a mí misma y la situación en aquellos días tuvo que ver con lo que personas cercanas a mí me dieron. Así que, he pensado escribir sobre mis necesidades relacionales en aquellos días con la idea de que quizás puedan describir también lo que las personas, en general, podemos necesitar en situaciones críticas, de urgencia y traumáticas.

Como no conseguía localizar a mi padre en los últimos dos días, me presenté en su casa. No respondía al timbre y tenía la puerta cerrada con pestillo. Llamé a los servicios de emergencias. Llegaron los bomberos y la ambulancia. Consiguieron entrar y comprobar que seguía vivo; estaba desnudo, con un fuerte golpe en la cabeza, desorientado... Encontraron las cajas de toda la medicación que había tomado tiradas por la habitación. La casa estaba revuelta, sucia...

Mientras atendían a mi padre, yo andaba como alocada por la casa, de un lado para otro, no sabía si recoger, estar cerca de mi padre, lejos... lloraba. Llamé a una amiga para contarle lo que estaba pasando y le repetí varias veces que no quería estar sola con todo esto, no quería estar sola.

*Los sanitarios trasladaron a mi padre al hospital y mi marido vino a buscarme para llevarme en coche. Tardamos casi una hora en llegar. Mi marido conducía el coche. Durante este viaje, varias personas me acompañaron por teléfono, y era casi medianoche. En esos primeros momentos, **mi principal necesidad era no estar sola, sentirme acompañada.***

*Durante los siguientes días y semanas la necesidad de **presencia cercana** que me daba seguridad estuvo presente todo el tiempo. Algunas personas me **escuchaban** en directo, o me acompañaban por teléfono en mis viajes de ida y vuelta al hospital. Otras personas me mandaban emoticonos sin más palabras, pero muy regularmente; ahí aprendí que es posible la comunicación afectiva no verbal por WhatsApp, porque yo podía notar su presencia y su contacto conmigo detrás de esas caritas con corazones.*

*En aquellos días, yo sentía mil emociones a la vez, en muchas ocasiones contradictorias. Sentía angustia y miedo, enfado, también alivio porque se acabara una larga situación de agonía; mucha tristeza por él y por mí, porque yo quería tener un padre que quisiera estar vivo; y, a la vez, también sentía enfado porque no se hubiera matado definitivamente y acabado así con la angustia de todos. En ocasiones expresaba emociones y pensamientos que me hacían sentir alocada. Cuando expresaba todas estas emociones revueltas a las personas que estaban cerca de mí, me ayudó enormemente su respeto y su validación. No me juzgaron, no se asustaban por mis comentarios y consideraban mi vivencia como normal para aquella situación. Incluso respetaron y me contuvieron cuando yo tenía un rato de humor negro. Su **validación de mi experiencia interna** me permitió ir expresándola, que fuera fluyendo a lo largo de los días, sin que quedaran emociones o pensamientos guardados o escondidos que probablemente me hubieran dañado después.*

*Recibí **empatía y resonancia emocional**: me consolaban cuando lloraba, se tomaban en serio mi enfado, me acurrucaban cuando estaba asustada pero también se reían conmigo cuando yo necesitaba disfrutar y seguir con la parte de mi vida alegre y entusiasta que no se había acabado. Realmente sentí que **hacía impacto**.*

*Fueron momentos en que tuvimos que gestionar también muchísimas cuestiones prácticas: del ingreso en Psiquiatría a la vuelta a casa, buscar una residencia para unos meses, hacer obras en la casa de mi padre, buscar a una persona que le acompañara... En muy pocos días, tuve que aprender de temas de los que no sabía hasta entonces. En esto también recibí mucha ayuda: personas que me ayudaron a pensar en posibilidades, que me informaron de recursos, que me aconsejaron en el diseño de lo práctico, que me ayudaron a resolver situaciones concretas. **Desde mi Adulto también necesitaba asesoramiento y apoyo**, y así lo tuve.*

Además, cuando describía las decisiones que íbamos tomando y cómo estábamos gestionando las situaciones prácticas, recibí mucho refuerzo y apoyo. Me decían “lo estás haciendo bien, qué bien estáis gestionando”, y eso era bueno para mí.

*En muchos momentos, yo estaba centrada en lo práctico y conductual, o relataba los hechos racionalmente, sin mucho contacto emocional interno. Necesité que las personas que me escuchaban **respetaran mi ritmo, mi necesidad de estar disociada**, de usar a tope mis estrategias de afrontamiento racionalizadoras para que las emociones no me bloquearan. Mis amigas y amigos se ofrecían para escucharme mis emociones, pero nunca me forzaron a ello cuando yo necesitaba*

ser como un robot.

*Había momentos en que no me disociaba, en que sentía mucho miedo y hacía anticipaciones de un futuro difícil y terrible para mi padre y también para mí. En estos momentos, me escuchaban, **me contenían y ponían freno a mi anticipación**. Me ayudaban a centrarme en el aquí y ahora, permitiendo que no añadiera más miedo y angustia, más allá de lo que era real en ese momento.*

*Muchas personas estuvieron disponibles cuando yo les llamaba, y muchas veces también **tomaron la iniciativa conmigo**, se acercaban de maneras diferentes, haciéndose presentes y recordándome en muchos ratitos que estaban conmigo. Aunque yo pedí directamente apoyo y compañía en muchas ocasiones, fue muy gustoso recibir esta iniciativa. A veces yo estaba muy cansada, o muy saturada para poder llamar, y era cálido y alivante que fueran las otras personas las que vinieran a mí.*

*Con todo esto, **mi necesidad de alguien en quien apoyarme, de alguien confiable** estuvo muy repartida. Tuve muchas personas consistentes y sabias que me acompañaron de diferentes maneras. Esta diversificación estuvo muy bien, porque así fue muy fácil que alguna de ellas estuviera disponible para cuando yo necesitaba un rato de sostén.*

*Fue una situación crítica, triste y muy agitadora para mí, pero **me sentí enormemente querida** por mi gente. Recibí muchos gestos de aprecio y de cariño, mucho apoyo cálido, mucha incondicionalidad, y mucha fuerza para recordarme que yo sí quiero vivir, que tengo muchas cosas preciosas en mi vida que merecen mucho la pena, que me entusiasma mi presente y mi futuro y que quiero seguir compartiendo mis cosas con tanta gente estupenda que me rodea.*

*Así que, de alguna manera, este texto es también una forma de responder a mi necesidad de **expresar mi amor y agradecimiento**.*

Conclusión

La Psicoterapia Integrativa favorece que la persona en duelo por la muerte por suicidio de alguien cercano pueda dar sentido dentro de sí a todas las diferentes vivencias (contradictorias en ocasiones) que esta circunstancia provoca.

Además, permite que la persona en duelo pueda integrar tanto el vínculo como la pérdida de la relación con la persona fallecida. Esta integración posibilita un buen proceso de despedida, de manera que las experiencias vividas con la persona fallecida formen parte de la propia identidad de una manera saludable y favorecedora del crecimiento (Erskine, 2014).

El contacto-en-la-relación, base del tratamiento de la Psicoterapia Integrativa, constituye un abordaje eficaz y cuidadoso de las experiencias de rupturas de contacto, como en casos de suicidio. Como en el caso de Ana, una psicoterapia de estas características contribuirá a que la persona recupere la espontaneidad y la flexibilidad interna necesarias para la resolución de problemas, el mantenimiento de la salud y la implicación en relaciones personales de intimidad.

Referencias bibliográficas

- Erskine, R. G. (Ed.) (1997). *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*. San Francisco, CA: TA Press.
- Erskine, R. G. (Ed.) (2010). *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2014). The truth shall set you free: saying an honest “goodbye” before a loved-one’s death. *International Journal of Psychotherapy*, 18(2), 72-79.
- Erskine, R. G. (2015a). *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2015b). Proceso relacional de grupo: desarrollos en el modelo de Análisis Transaccional de psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 139-159. Recuperado de <http://revistadepsicoterapia.com/rp101-07.html>
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa*. (A. Pérez Burgos, trad.) Londres, Reino Unido: Karnac Books. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G., y Moursund, J. P. (2014). *La Psicoterapia Integrativa en Acción*. (I. Arregui, trad.) Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la Empatía: una Terapia de Contacto-en-la-Relación*. (N. Mestre, trad.) Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Nueva York, NY: Mcmillan.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Thomson: Brooks/Cole.
- Munera Ramos P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y profesionales de salud mental*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Facultad de Psicología. Granada.
- O’Reilly-Knapp M. y Erskine R. G. (2003). Core concepts of an Integrative Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 168-177.
- Tejedor Azpeitia C., Díaz Pérez A., Farré Berrecosa J. y Gómez Guijarro C. (2010) Suicidio: la muerte ignorada. ¿Se puede prevenir el suicidio? *Revista de Psicoterapia*, 21(84), 43-56. Recuperado de <http://revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/887/s/suicidio-la-muerte-ignorada-se-puede-prevenir-el-suicidio/category/3/>.

LOS FALLOS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA, ¿INEVITABLES Y NECESARIOS?

FAILURES IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP: INEVITABLE AND NECESSARY?

Paul G. Guistolise

Director del Guidance Center of Elmhurst Memorial Hospital, Elmhurst, Illinois; socio del Institute for Integrative Psychotherapy, Nueva York; y con práctica privada de psicoterapia en Wheaton, Illinois.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Guistolise, P.G. (2016). Los Fallos en la Relación Terapéutica, ¿Inevitables y Necesarios?. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 51-58.

Resumen

Los errores terapéuticos son inevitables en el proceso psicoterapéutico. Este artículo examina su impacto en la relación terapéutica, tanto intra-psíquica como interpersonal. El autor describe varias causas de estos errores y examina el proceso por el cual estos fallos pueden y deberían ser reparados por el terapeuta. Se pregunta si estos errores no son sólo inevitables sino también, necesarios para el proceso terapéutico¹.

Palabras clave: proceso terapéutico, relación terapéutica, error terapéutico, reparación

Abstract

Therapist errors are unavoidable in the psychotherapeutic process. This article examines their impact on the therapeutic relationship, both intrapsychic and interpersonal. The author describes several sources of these errors and examines the process by which these lapses can and should be repaired by the therapist. He questions whether these errors are not only inevitable but also necessary to the therapeutic process¹.

Keywords: therapeutic process, therapeutic relationship, therapeutic failures, reparation



Todos los terapeutas saben, y la mayoría admitirá, que los errores ocurren en la relación terapéutica, momento a momento. Estos errores son cometidos por el terapeuta. Por varias razones, los terapeutas a veces fallan, dejan de sentir la empatía apropiada o no tienen una adecuada sintonía con sus clientes (ver Erskine 1993, para la definición de sintonía “attunement”). Es inevitable que los terapeutas cometan errores cuando responden a sus clientes, ya sea por un fallo momentáneo de concentración, entender mal lo que el cliente está experimentado, por un compromiso con una orientación teórica particular, o por una identificación proyectiva (en la que el cliente niega y proyecta un estado del Yo Padre o Niño y el terapeuta se identifica con esa proyección). Es mi opinión que, no sólo estos fallos son *inevitables* en el curso de cualquier terapia, sino que también son *necesarios* para el éxito final del proceso terapéutico.

Una perspectiva del Análisis Transaccional Integrativo sobre el proceso de terapia, como lo formuló Erskine (Erskine, 1991; Erskine y Moursund, 1988; Erskine y Trautmann, 1993) enfatiza la importancia de realzar la habilidad del cliente para hacer un contacto total y efectivo a dos niveles: internamente y externamente. Primero, a través de una respuesta empática y sintónica, el terapeuta aumenta la habilidad del cliente para contactar con su propia experiencia interna (Erskine, 1993). Esta habilidad sirve como un proceso fundamental por el cual el cliente construye un sentido del sí mismo, del *self*. En la literatura sobre la Psicología del Self, Stolorow, Brandchaft y Atwood (1987) declararon, “lo esencial para la estructuralización de un sentido del self es la adquisición *de una firme creencia en la validez de las propias experiencias subjetivas de uno*” (cursivas añadidas, p.133). Una respuesta terapéutica precisa permite esta “firme creencia”. Segundo, a través de una presencia sostenida con el cliente, los terapeutas realzan la experiencia del contacto interpersonal entre el cliente y el terapeuta. (Clark, 1991; Erskine, 1993)

A través de los procesos de empatía y de sintonía, el terapeuta permite reforzar el contacto, tanto interno como externo. ¿No es éste el objetivo final de cualquier psicoterapeuta: ayudar al cliente a conocerse y confiar en su propia experiencia y entonces, ser capaz de usar ese auto-conocimiento para contactar con otro?

Se supone que, al principio de la terapia, hay suficientes éxitos de empatía y sintonía por parte del terapeuta hacia el cliente, para que éste pueda sentirse más en contacto con esta experiencia interna. Si no hay suficientes de estos éxitos, la terapia generalmente terminará, con el cliente sintiéndose insatisfecho, justificadamente. Al fin y al cabo, ¿por qué gastar más tiempo y gastar más dinero, para experimentar lo mismo en la consulta del terapeuta, que lo que experimenta en su vida, día a día? Así que es razonable esperar que una terapia que está progresando esté haciendo eso, al menos parcialmente, por las respuestas adecuadamente sintonizadas del terapeuta.

Cuando el terapeuta falla al dar una respuesta empática adecuada o sintónica, el contacto que estaba aumentando, puede interrumpirse en cualquiera de los

niveles intrapsíquicos o interpersonal. Ciertamente, el cliente experimentará que el vínculo empático con el terapeuta ha sido alterado. Además, el contacto entre el cliente y su propia experiencia, puede disminuir. Esta disminución del contacto interno tiene consecuencias dentro del ámbito interpersonal *un menor contacto interno o menos consciencia, provoca una mayor dificultad en las relaciones interpersonales.*

¿Qué ocurre dentro del cliente cuando se interrumpe el contacto interno por un error del terapeuta?, ¿qué impacto tiene ésta ruptura en el sentido del self del cliente? Cada persona organiza su experiencia de tal manera que tenga sentido y que de alguna forma encaje dentro de una sensación de continuidad, ya que ese self está en contacto con el mundo. Si el cliente está acostumbrado a que le respondan de maneras no sintónicas y no empáticas, este error terapéutico se entenderá como uno más, en una larga serie de no sintonías y resultando una ruptura del contacto.

Como ya ha sido discutido por el teórico de las Relaciones Objetales Winnicott (1958) y los teóricos Intersubjetivos Stolorow, Brandchaft y Atwood (1987), el cliente puede atribuir este error a algo en él / ella misma, en lugar de la posibilidad de que el otro pueda haber fallado. Mirando hacia atrás, a los primeros fallos parentales, el cliente lo puede haber considerado así cuando era niño. Produce mucha menos ansiedad, considerar el yo como el origen del fracaso empático, más que considerar al progenitor o al cuidador como la fuente de la negligencia o error. Con la experiencia consistente del fracaso y una atribución del *sí mismo* como la causa, el niño puede empezar a creer “hay algo mal en mí” (Erskine, 1994). La formación de esta atribución o auto-definición es consistente con los estudios de la formación de la actitud hechos por Bem (1968) y los escritos en Análisis Transaccional sobre la conformación del guion y sus creencias (Erskine, 1980; Erskine y Zalcman, 1979). Esta auto-atribución o creencia central se ve claramente en clientes que tienen una experiencia consistente de vergüenza. Estos individuos mantienen la idea de que hay un defecto en ellos en vez de en los otros, o la asumen como resultado de una transacción errónea particular.

Algunos clientes, aprenden muy pronto en la vida que no se puede contar con el otro para resonar adecuadamente con la experiencia que comunica el cliente. Desarrollan creencias de guion sobre los demás y la disponibilidad de empatía. Estos clientes pueden pensar “Nadie está ahí, para mí”, o “A la gente sólo les importa ellos mismos”. A menudo, estas creencias se manifiestan en síntomas tales como el egocentrismo (estar auto-centrado), el sentirse con derecho, o intentos excesivos para controlarse a ellos mismos y a los demás en las relaciones.

En cualquier caso, los consistentes fallos relacionales tempranos de este tipo, derivan en creencias de guion o auto-atribuciones que actúan como la razón fundamental para los mecanismos de defensa posteriores. Se produce una adaptación y puede convertirse en caracterológico. Stolorow et al., (1987) declaró, “Si los padres no pueden adaptarse a las necesidades cambiantes de sus hijos en desarrollo, entonces el niño se adaptará él mismo a lo que está disponible, con el propósito de

mantener los vínculos necesarios” (p. 90).

Bien para proteger su noción de tener un buen progenitor, a pesar de la evidencia de lo contrario, o como un intento de mantener un sentido de control de la vida, los clientes, muchas veces, atribuyen esta perturbación de la relación a sus propias incapacidades o a las incapacidades predecibles de otros. Estas conclusiones sirven como una defensa contra afectos y pensamientos más perturbadores (Erskine, 1994).

Cuando los terapeutas cometen los errores de los que estamos hablando, los clientes se *atribuyen activamente* a ellos mismos o al otro, el papel del agente de la perturbación relacional y más que probable, responderán a la defensiva: es decir, usarán un mecanismo de defensa para proteger al self contra futuras heridas. Esta respuesta defensiva disminuye el contacto tanto internamente como externamente.

Una de las tareas del terapeuta es prestar mucha atención al cliente. Cuando se hace así, el terapeuta se dará cuenta de que ha habido una interrupción en cualquier contacto, intrapsíquico, y/o interpersonal. Es crítico para el terapeuta entonces, examinar esta disrupción y discernir su función. Casement (1985/1991), describiendo los errores “inevitables” (p. 150) cometidos por cada terapeuta, cita “es por lo tanto importante ser capaz de reconocer cuándo esto está sucediendo... Lo que es más importante que haber cometido un error, es darse cuenta de eso y *hacer algo al respecto*” (cursivas añadidas, p. 150)

Puede ser que el cliente cuente parte de su historia al terapeuta y lo haga usando la identificación proyectiva. Mientras se desarrolla la transferencia del cliente al terapeuta, puede que el cliente comunique una interrupción del contacto que le ocurrió de niño con un progenitor u otra persona significativa. El cliente puede que informe al terapeuta *por medio* de la transferencia en la que el cliente pueda negar algún aspecto de su Estado del Yo Niño o Padre y proyectarlo en el terapeuta. El error del terapeuta podría ser resultado de su identificación con esta proyección que actúa sobre él: por ejemplo, respondiendo al cliente como el propio progenitor del cliente lo solía hacer (proyecta el introyecto del Padre) o respondiendo al Estado de Yo Padre activo del cliente como el niño solía responder a su propio progenitor (proyecta la fijación del Niño).

En estos dos ejemplos, los clientes están co-creando —este volver a contar la historia— *mostrando al terapeuta* esta parte de su historia, con la ayuda de la sintonía del terapeuta. Muchas veces, cuando estoy muy sensible, ¡estoy más propenso a identificarme con las proyecciones de tales clientes! Mis clientes me dicen, “esto es lo que me ocurrió a mí”. Esto se convierte en una oportunidad para mí, para ayudar al cliente a examinar los fallos *originales* teniendo conmigo, quizá, un nuevo punto de vista, una nueva visión de lo que la experiencia fue para ellos.

¿Pero, qué pasa, cuando la falta de contacto es un resultado de la no sintonía por parte del terapeuta y no tiene nada que ver con lo que el cliente ha comunicado a través de la transferencia? Otra vez, en esas ocasiones, el cliente experimentará una interrupción de contacto en la relación externa, así como con en su propia

experiencia. Mi afirmación es que debemos tomar responsabilidad de nuestros errores. Si no, podemos reforzar más las creencias de guion de nuestros clientes.

Erskine (1993) y Stern (1994) discutieron el proceso por el cual se establece el funcionamiento defensivo. Ambos discutieron sobre lo que ocurre con dos traumas separados y secuenciales. El primer trauma tiene que ver con algún fallo por parte de los padres para satisfacer una necesidad básica de empatía o sintonía con el niño. Si el progenitor reconoce este error y responde al niño con cuidado y de una manera apropiada, el niño experimentará una reconexión con el progenitor y con su propia experiencia. El segundo trauma ocurre cuando el padre deja de responder a “las reacciones emocionales y necesidades insatisfechas” (Erskine, 1993, p. 185) del niño que están estimuladas por el primer fallo. Como resultado de este *segundo* error, el niño puede empezar a usar las defensas del yo como medio de protección ante futuros errores en la sintonía.

Cuando el terapeuta comete errores de empatía y /o sintonía, existe también el mismo potencial para la corrección, así como el potencial para el segundo error agravado, el cual puede motivar que el cliente use las defensas de yo. Cuando el terapeuta fracasa en reconocer y reparar el primer error, aunque el error terapéutico y la respuesta defensiva del cliente puedan ser simplemente leves, ambas afectan a las relaciones terapéuticas (tanto intra-psíquicas como interpersonales). Casement (1985 / 1991) escribió, “los pacientes no siempre consideran este tipo de error como traumático, pero los efectos sobre el trabajo analítico pueden durar mucho tiempo. Así, por lo tanto, yo considero esto como un *trauma silencioso*” (cursivas añadidas, p. 265).

La herramienta terapéutica usada para diferenciar entre los dos tipos de errores descritos aquí es la *indagación del terapeuta* sobre la naturaleza de la transacción errónea. Esta indagación puede ser hecha de dos maneras. Primera, el terapeuta necesita auto-examinarse con respecto al proceso de la terapia, los temas que han sido explorados, y la naturaleza de la relación cliente/ terapeuta. Si el terapeuta juzga que él o ella se ha identificado con las proyecciones del cliente, esto debería ser explorado indagando dentro de la experiencia fenomenológica y transferencial del cliente. Las intervenciones terapéuticas de confrontación, explicación, e interpretación (Berne, 1966) no funcionan cuando el terapeuta está inconscientemente identificado con las proyecciones del cliente. Por ejemplo, cuando el terapeuta encuentra que él o ella no está entendiendo al cliente, más que confrontarle y darle la responsabilidad al cliente, el terapeuta puede preguntar, “cuando ibas creciendo, ¿también te sentías como si no te entendieran?”. Si el cliente acusa al terapeuta de no prestarle suficiente atención y el terapeuta cree que esto puede ser cierto, en lugar de explicarle, el terapeuta podría preguntar, “¿sientes que tus padres te prestaron atención?”. O si el terapeuta descubre que él o ella está actuando de una manera irritada con el cliente, más que interpretarle, la pregunta podría ser, “¿tus padres se enfadaban mucho contigo?”. A menudo, estas indagaciones invitaran al cliente a considerar la naturaleza histórica del fallo *original* y su respuesta a ello.

Si no hay evidencia de identificación proyectiva, debería darse un segundo tipo de indagación. El terapeuta debería indagar con el cliente sobre cómo experimentó el error terapéutico. El terapeuta necesita enfocar esta indagación de una manera abierta y no defensiva, sin expectativas preconcebidas o definidas, y con el entendimiento de que los errores son una parte normal de cualquier interacción relacional y una necesidad terapéutica. Si lo enfoca defensivamente, el cliente puede responder al terapeuta como lo hizo en el trauma original. Es vital para la terapia que el terapeuta esté dispuesto a reconocer su fallo momentáneo. Al hacerlo, el cliente tiene el potencial para experimentar al otro tomando la responsabilidad por un fallo relacional, y la oportunidad de experimentar un fallo *no* por lo que ha hecho el propio cliente. Además, esperamos que esta experiencia permita al cliente explorar fallos transaccionales de relación previos con una perspectiva diferente. Cuando el cliente experimenta que el terapeuta toma la responsabilidad, puede explorar rupturas relacionales del pasado con una mayor emoción disponible porque se utilizan menos defensas del yo.

Cuando el terapeuta asume la responsabilidad por los errores, puede también permitir al cliente tener una perspectiva diferente con respecto a lo que es posible. Puede dar al cliente la esperanza de que la empatía está disponible y que la reparación es posible en las relaciones. La premisa esencial de este enfoque de la Psicoterapia Integrativa es que “*la cura está en la relación*” (Erskine, 1982, p. 316). A través de la reparación relacional terapéutica, los clientes pueden sentir esperanza en las relaciones presentes y futuras.

No es razonable esperar que una única transacción reparadora, tal como las que acabamos de describir, cambie una atribución imbricada o creencia de guion. Estas creencias se construyen generalmente a partir de múltiples fallos que ocurren a lo largo del tiempo. Fundamentalmente, la reparación ocurre de la misma manera requiriendo la paciencia, consistencia y responsabilidad del terapeuta.

Así, refiriéndonos otra vez al título de este artículo, los errores terapéuticos no solo son *inevitables* sino también *necesarios* para el éxito de la psicoterapia. Lo que es crucial, sin embargo, es que el terapeuta tome la plena responsabilidad de co-crear la experiencia de las transacciones terapéuticas. El terapeuta debe sostener teóricamente, que asumir la responsabilidad de la reparación en el proceso del tratamiento es tan inevitable como el fallo inicial.

Como los errores se reconocen, se saben y se discuten, forman la base de la *reparación necesaria* para el cliente. Esto promueve la idea que, mientras la empatía y la sintonía perfecta no son posibles en las relaciones, la responsabilidad y la reparación de las interrupciones del contacto son tanto posibles como necesarias para las relaciones de contacto pleno. Con la experiencia de estas reparaciones, el cliente puede reorganizar su sentido del self para modificar anteriores creencias de guion. Como resultado, cuando ocurran futuros fallos de empatía o sintonía, el cliente no asumirá automáticamente que “algo está mal en mí” o en el otro. En cambio, habrá una creencia basada en la experiencia que cualquiera o ambas

personas puede ser responsable del fallo de cualquier transacción interpersonal particular.

Una reflexión final es necesaria. Este artículo no se ha escrito como un permiso para la irresponsabilidad por parte del terapeuta. No estoy recomendando que el terapeuta racionalice estos errores como OK porque son “necesarios”. Siempre se debería mantener la atención en el cliente y en las relaciones presentes en la sala de terapia. Pero, cuando los fallos *ocurren* su necesidad implícita en el proceso terapéutico debe ser tratada con respeto y humildad por parte del terapeuta.

Notas del Editor:

Agradecemos el permiso de publicación al Transactional Analysis Journal

Artículo publicado originalmente en inglés en *Transactional Analysis Journal*, 1996; 26(4), 284-288.

Notas

- 1 El autor desea agradecer a Jo Lief y a los miembros del Seminario de Chicago de Psicoterapia Integrativa del Instituto de Psicoterapia Integrativa (Chicago Seminar in Integrative Psychotherapy of the Institute for Integrative Psychotherapy), New York por su valiosa contribución para este artículo

Traducción: Mar Gómez Masana
Revisión traducción: Ángela Pérez Burgos

Referencias bibliográficas

- Bem, D. J. (1968). Attitudes as self-descriptions: Another look at the attitude-behavior link. In A. G. Grenwald, T. C. Brock & T. M. Ostrom (eds.) *Psychological Foundations of attitudes* (pp. 197-216). Nueva York, NY: Academic Press
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. Nueva York, NY: Grove Press
- Casement, P. J. (1991). *Learning from the patient*. Nueva York, NY: Guilford Press (Trabajo original publicado en 1985 como *On learning from the patient*)
- Clark, B. D. (1991). Empathic transactions in the deconfusion of child ego states. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 92-98.
- Erskine, R. G. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Analysis Journal*, 10(2), 102-106.
- Erskine, R. G. (1982). Supervision of psychotherapy: Models for professional development. *Transactional Analysis Journal*, 12(4), 314-321.
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76.
- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-90.

- Erskine, R. G. (1994). Shame and self-righteousness: Transactional analysis perspectives and clinical interventions. *Transactional Analysis Journal*, 24(2), 86-102.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988). *Integrative psychotherapy in action*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1993). The process of integrative psychotherapy. In B. R. Loria (Ed.), *The boarwalk papers: Selections from the 1993 Eastern Regional Transactional Analysis Association Conference* (pp.1-26). Madison, WI: Omnipress.
- Erskine, R. G. y Zalcman, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9(1), 51-59.
- Stern, S. (1994). Needed relationships and repeated relationships: An integrated relational perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 4(3), 317-345.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. y Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Winnicott, D. W. (1958). *Collected papers: Though pediatrics to psychoanalysis*. Nueva York, NY: Basic Books.

LOS HILOS SILENTES: TRABAJANDO CON LA INTROYECCIÓN

THE SILENT THREADS: WORKING THROUGH THE INTROJECTION

Amaia Mauriz Etxabe

Psicóloga Especialista en Clínica. Psicoterapeuta Integrativa, Docente y Supervisora (CIPTS) por la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa. Analista Transaccional, Docente y Supervisora (TSTA) por la Asociación Europea de Análisis Transaccional.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mauriz Etxabe, A. (2016). Los Hilos Silentes: Trabajando con la Introyección. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 59-74.

Resumen

La importancia e influencia psíquica de las figuras parentales y de las figuras esenciales de referencia en la formación de la persona es un fenómeno conocido popularmente, y constituye un desafío para la práctica de la psicoterapia y su efectividad duradera a lo largo del tiempo. Los fenómenos relacionados con la Introyección y sus efectos han sido estudiados desde diversas aproximaciones teóricas, tanto por su importancia en relación a los llamados mecanismos de defensa o mecanismos autoprotectores, como por el hecho clínicamente probado, que nos muestra que una psicoterapia, a menudo, no está definitivamente finalizada hasta que no se haya comprendido y abordado la influencia introyectada de dichas figuras. En este artículo abordamos la función psicológica que dicho fenómeno tiene como factor vincular y “estabilizante” para la persona, y tratamos de ofrecer una perspectiva desde la Psicoterapia Integrativa que nos invita a entender este fenómeno desde una mirada no patologizante y orientada a comprender su función psicológica en profundidad.

Palabras clave: Introyección, Guión de Vida, Función Vincular, Tratamiento Intergeneracional, Estados del Yo, Métodos Relacionales e Intrapsíquicos.

Abstract

The significance and influence of the parental figures – as well as the meaning of any other relevant figures – for the formation of the personality is a well known phenomena: both in the popular knowledge but specially at the psychotherapy level since this constitutes, often, a real challenge for the practice of the psychotherapy and its effectiveness along the time. The phenomenons related to the introjection and related effects have been studied from several theoretical approaches, since based in clinical evidences seems to be clear that often, a psychotherapy is not totally finished until having understood, worked out and later, integrated. In the present paper we are going to revise the psychological function that this phenomena has got as a relevant factor related to the attachment processes, as well as a factor related to the “stabilization needs” that all the persons has got. We are going to present here the Integrative Psychotherapy vision, what invites us to understand this phenomenon from a non pathological perspective, and focuses on the deep understanding on the psychological functionality of these kind of processes.

Keywords: Introjection, Life Script, Attachment Function, Intergenerational Treatment, Ego States, Relational, Intrapsychic Methods.

Fecha de recepción: 1 de septiembre de 2016. Fecha de aceptación: 8 de septiembre de 2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: amaiaauriz@gmail.com

Dirección postal: Bios Instituto de Psicoterapia Integrativa, calle Bertendona nº 1, 48008 Bilbao.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Fairbairn (1943), descubre que los niños maltratados mantenían lealtad a los padres que perpetraban el abuso o el maltrato, cuestionando así la teoría psicoanalítica clásica y poniendo de relieve que abandonar los vínculos “fundantes” (Caparros, 1976, 2000) produce un gran terror.

El vínculo es el origen y base para la diferenciación psicológica de la persona, ya que gracias a la Introyección de los tres elementos que participan en la relación vincular: el self, el objeto y la relación que se produce entre ellos, la diferenciación psicológica puede empezar a producirse.

E. Berne (1961), profundizando en el trabajo de Federn sobre la presencia e influencia constante de las figuras parentales en la psique de muchos individuos, especifica que dicha influencia proviene de personas significativas reales con las cuales el niño, o la niña, había mantenido una relación de dependencia. Estas figuras son interiorizadas por la niña o el niño, al punto de ser experimentados como si fuesen una parte del propio yo, y así los denominó “Estados Parentales del Yo” definiéndolos como “un conjunto de sentimientos, actitudes y patrones de conducta que son similares a los de la figura parental” (p. 75).

Erskine (1988, 1997), afirma que los contenidos del estado parental del Yo corresponden a interiorizaciones e introyecciones basadas en las figuras parentales reales que tienen principalmente lugar en el transcurso de la primera infancia, y que, aunque en menor grado, se siguen produciendo a lo largo de toda la vida.

Afirma así mismo que si estos contenidos introyectados no se reexaminan en el desarrollo posterior de la persona, permanecerán sin ser asimilados ni integrados en el Yo más actual o neopsique.

Dado que las percepciones del niño acerca de las reacciones de sus cuidadores, de sus emociones y de sus procesos de pensamiento serán diferentes en función de la etapa evolutiva específica del infante, así también el contenido específico y las funciones intrapsíquicas del Estado Parental del Yo presentará variaciones en función de la edad concreta en la cual la Introyección se produjo.

Erskine a través de numerosos escritos (1997, 1998, 2002, 2010, 2016) define consistentemente la Introyección como una fórmula autoprotectora (mecanismo de defensa) de identificación e incorporación de/con conceptos de la personalidad de otro significativo que se produce en ausencia de un contacto relacional pleno, en el cual las necesidades relacionales quedaron insatisfechas en relaciones importantes de dependencia. Su visión acerca de la Introyección está orientada a la función relacional y compensatoria.

La introyección provee una compensación psicológica del vacío de necesidades relaciones insatisfechas y de los trastornos que se producen en el contacto interpersonal esencial. De este modo se evita un conflicto relacional externo, pero a cambio, el conflicto resulta internalizado: el conflicto queda inscrito en el interior de la persona donde parece ser “más fácil de manejar” al no poner en riesgo la relación con-el-otro-significativo. (Erskine, 2010, p. 14)

Erskine, en base a un amplio estudio sobre la Introyección, concluye que “por lo tanto, la introyección va acompañada de reacciones fisiológicas de supervivencia” (Erskine, 2009, 2010, 2011).

Numerosos aspectos del Guion de Vida de la persona pueden ser en realidad, resultado de las parentalizaciones introyectadas tanto de los padres como de profesores y de otras personas significativas para el niño. Las reacciones corporales, actitudes, creencias del Guion de Vida, conductas y patrones relacionales serán así un punto esencial e imperativo para el tratamiento del Guion de Vida, el cual está en definitiva en la base de la depresión de nuestros clientes, en la base de sus decepciones, amargura, crítica interna o cualquier otro de los síntomas que les aquejan. (Erskine, 2010, p.14)

¿A qué llamamos Guion de Vida?

Berne (1961), comienza afirmando que “el Guion es un plan inconsciente de vida formado en la primera infancia y que decide el destino de la persona” (p. 116). Berne afirma también que la “persona lleva ese plan de vida en la cabeza (es lo que ocurre en su cerebro cuando se enfrenta a lo que está fuera de su cerebro) donde quiera que vaya” (p. 76).

Ese plan es lo que denominamos Guion y éste Guion de Vida es:

Un plan de vida formado en la primera infancia bajo la presión parental y que después continua en vigor e implica una fuerza psicológica que empuja a la persona a lo que denominamos comúnmente como “destino”. Este Guion se ensaya y se representa en numerosas ocasiones y comienza con el “protocolo” primario donde en el escenario vital no hay más actores o actrices que la propia familia. Así el protocolo es una forma primitiva del Guion. Más tarde la persona entra en contacto con más gente en la escuela y en la sociedad y va encontrando figuras que representen los papeles significativos que requiere su Guion. Así aunque al ampliarse el escenario vital de la persona la acción varía, pero el argumento básico o Guion (al igual que un guion teatral) tiende a mantenerse similar en los aspectos más relevantes del mismo. (Berne, 1961, p. 117)

Según Berne, estos guiones vitales se basan en la programación paterna que aún se puede rastrear:

Por las voces que la persona oye en su cabeza cuando se produce el diálogo interno, y se llevan a cabo (y se mantienen) por tres razones importantes:

- 1: Dan un sentido de finalidad a la vida.
- 2: Ofrecen una forma de estructurar el tiempo vital.
- 3: Permite a las personas saber cómo afrontar las situaciones, hacer las cosas, pensar, etc. con un esquema rápido y prácticamente automático. (Berne, 1961, p. 75)

Así los padres y figuras significativas programan a sus hijos pasándoles lo que

ellos mismos han aprendido, y su transmisión, sin ser evidente, tiene a largo plazo un hilo conductor. El Guion avanza desde el protocolo más primario, antes de los 2 años, a través de los ajustes, ensayos y la incorporación actualizada de las directrices y de los preceptos que recibió en su primera infancia y van influyendo en las experiencias vitales del individuo. Se incluirán así tanto las decisiones tempranas del infante, como los mandatos u órdenes/directrices parentales transmitidos de forma inconsciente por estos, así como las propias conclusiones del niño basadas en la experiencia repetida y significativa que conduce a las llamadas “conclusiones de Guion”.

Este proceso va continuando a lo largo de todo el crecimiento del niño (los años plásticos), a través de la adolescencia y hacia el desenlace del Guion. Es modificar este desenlace potencial del Guion, objetivo frecuente, de nuestro trabajo terapéutico. Ya que este Guion de vida contiene a menudo tanto las influencias parentales (programación parental directa) como influencias más ancestrales (Berne 1961, 1972; Schützenberger, 2006) y también influencias del entorno y de los patrones actuales imperantes (Noriega, 2004).

Schützenberg (2006) afirma que en el trabajo de terapia sobre la herencia transgeneracional del trauma:

Hemos de descubrir de dónde venimos, encontrar quiénes somos y saber qué hemos heredado para encontrar nuestra propia identidad y recobrar nuestros recursos. Donde los recuerdos reales y los recuerdos fantasmáticos, propios y heredados nos permitan, gracias a la ayuda del terapeuta y del sostén del grupo, abrir el propio horizonte, pensar por nosotros mismos, sentir nuestras propias emociones, notar nuestras propias necesidades y desarrollar nuestro propio proyecto de vida. (p. 128)

Abordar por tanto, la definitiva ruptura del cordón umbilical que a veces está ligado no solo a la propia madre y familia inmediata, sino incluso a todo un linaje:

La fidelidad a los ancestros, que se ha convertido en inconsciente o invisible, nos gobierna; es importante hacerla visible, tomar conciencia de ella, comprender que es lo que nos obliga y nos gobierna, para eventualmente volver a enmarcar esa lealtad, y volvernos libres para vivir nuestra vida. (Schützenberger, 2006, p. 66)

Resolver esa larga filiación de las huellas de la memoria transgeneracional a través del trabajo personal en psicoterapia implicará “descubrir”, elaborar e integrar lo contado, lo impregnado, lo actuado y también lo no-dicho, lo silenciado y lo que fue evitado.

Porque todo ello va a formar parte del Guion de Vida ya que:

Este Guion estará formado por recuerdos explícitos e implícitos, experiencias relacionales repetidas, es decir estará formado por reacciones sub-simbólicas y fisiológicas de supervivencia así como por conclusiones de vida inconscientes que se forman como respuesta a la cualidad y calidad de las relaciones significativas prolongadas y regulares. (Erskine, 2016, p.

103)

Debemos señalar, que en esta definición se subraya un importante factor a la consideración del Guion de Vida: la importancia de las relaciones prolongadas, regulares y significativas. Esto tiene importantes implicaciones para el desarrollo y/o resolución del Guion, así como para la importancia del trabajo sobre el introyecto.

¿Por qué?

Parece evidente si aceptamos esta definición, que de la misma forma que las relaciones primarias y tempranas fueron significativas para el establecimiento de redes neurales que “contienen” la expresión fisiológica y bioquímica de los patrones de relación primarios, el efecto de las necesidades afectivas y relacionales insatisfechas, así los consecuentes patrones, actitudes y mecanismos de compensación, de la misma forma y manera quedarán grabados en dichos circuitos neuronales y bioquímicos y por tanto será necesaria la EXPERIENCIA RELACIONAL REPETIDA EN RELACIONES CON -UN-OTRO- SIGNIFICATIVO para reforzar o bien, para equilibrar el efecto de estos vínculos fundantes (Caparrós, 1976) y de estas relaciones primarias que contienen las grabaciones parentales (Berne, 1966, 1970) y que conllevan la transmisión inconsciente del Guion.

Esto permite en cualquiera de los casos entender y trabajar estos procesos de forma que se obtenga un efecto beneficioso de la psicoterapia, o cuando menos, que se pueda establecer el camino a trazar por medio del diagnóstico relacional de este fenómeno, y que posteriormente, a través de los métodos relacionales: del respeto, la escucha y la indagación profunda y continuada, del descubrimiento y la potencial neutralización de la forma en que dichas experiencias primarias tienden a reforzarse por medio de la actuación en forma de transferencia en la vida cotidiana, lo que Berne (1964) describió como Juegos Psicológicos, que se activan con distintos temas y basados en “excusas actuales” y que permiten, y conllevan la reactivación y refuerzo del Guion de Vida individual y muy frecuentemente intergeneracional.

Para comprender y trabajar en las intrincadas implicaciones de los efectos, mecanismos y funciones de la Introyección, así como de sus implicaciones para la salud individual y por tanto de la persona también en su mundo social e interpersonal, merecerá la pena volver a las definiciones más actuales del concepto del Guion de Vida:

Erskine (2010), presenta la siguiente definición:

Los Guiones de Vida son un “set” complejo de patrones relacionales inconscientes, basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas, decisiones explícitas y/o introyecciones autoregulatoras. Los Guiones de Vida y todos sus aspectos o componentes se desarrollan (se toman) en situaciones de estrés y en cualquier etapa evolutiva. Su resultado en la vida de la persona es: la inhibición de la espontaneidad, la limitación de la flexibilidad para la resolución de

problemas, perjudican el mantenimiento de la salud y de las relaciones con los demás. (p. 1)

Concluyendo que:

En la psicoterapia de los Guiones de Vida, es importante que los psicoterapeutas comprendan y que valoren que todos los Guiones de Vida son un intento desesperado y también un intento creativo de autoregulación para poder manejar y ajustarse a los fracasos que se produjeron en relaciones de dependencia significativas a lo largo de la vida. (Erskine, 2010, p. 22)

Así en ese mismo sentido, y como parte de este trabajo con el Guion de Vida y sobre los fracasos relacionales tempranos, deberemos de abordar con respeto, sin crítica, con sostén terapéutico, consistencia, sintonía e implicación el tratamiento profundo de lo silenciado, influyente, no-pensado pero repetidamente experimentado y heredado: el influjo en los Estados de Yo de lo introyectado.

Siguiendo de nuevo la teoría planteada (Erskine 1988; Erskine y Moursund 2014), veremos que aquellos introyectos coherentes en contenido, en fase evolutiva y experiencia con los pensamientos, sentimientos y conductas del Estado adulto del Yo, y/o de los estados niño del Yo, resultarán sintónicos para la experiencia de la persona y no van a producir ningún malestar psicológico ni dificultad para la experiencia interna del individuo.

El conflicto interno, resultante de la incorporación del introyecto se producirá cuando, –por el contrario– el contenido, los mensajes y las actitudes de los elementos introyectados son asintónicos con las necesidades y características del “self verdadero” (Fairbairn, 1954) de la persona y por lo tanto permanecen ahí como un cuerpo extraño e impermeable al crecimiento y a posteriores aprendizajes, manteniendo en cambio un efecto perdurable en las actitudes, en la recepción y finalmente en la conducta, a pesar del conflicto que genera, tal y cómo Erskine propone en sus escritos a partir de sus observaciones clínicas desde 1988.

¿Para qué se lleva a cabo la Introyección?

La Introyección es un fenómeno complejo que cubre una importante función: neutralizar y compensar el efecto de vacíos relacionales, de fallos afectivos esenciales con otro significativo (Erskine, 2008; Fairbairn, 1954; Winnicott, 1974).

Así el niño en ausencia de una relación de seguridad, validación, dependibilidad y afecto sintónico con una figura parental significativa, resolverá el dilema del vacío afecto del otro incorporando aspectos completos de la personalidad del otro necesitado. Siguiendo la teoría topológica de los Estados del Yo podríamos diagramarlo así:

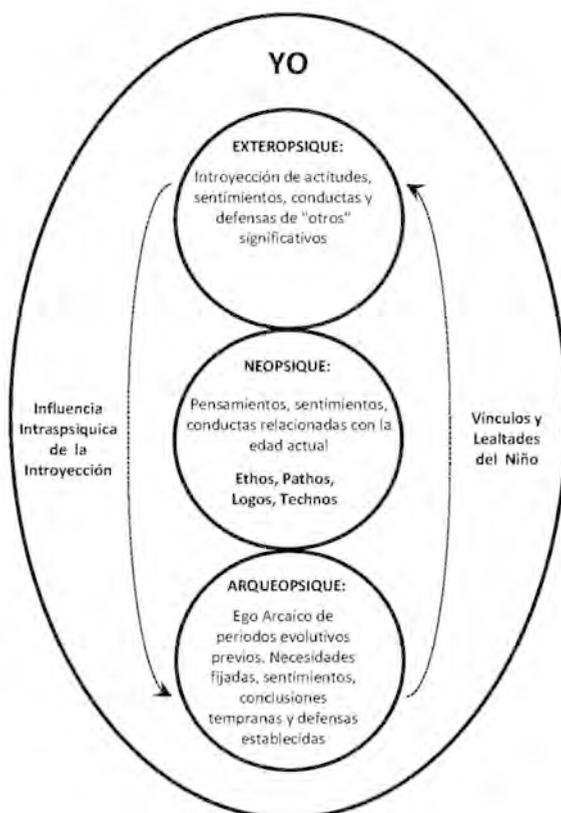


Figura 1. Los Estados del YO. Erskine y O'Reilly-Knapp (2003)

Cuándo los elementos exteropsíquicos son egosintónicos y no producen conflicto, la personalidad podrá evolucionar e incorporar nuevas experiencias y aprendizajes sin la traba de las “voces limitantes incorporadas y experimentadas repetida y automáticamente como propias” (Berne, 1961, 1972).

En caso contrario, ante la falta de sintonía con las propias necesidades las figuras, las experiencias y los contenidos introyectados que inhiban la espontaneidad que limiten la autonomía, así como la capacidad de sentir, de pensar, de decir y de expresar (Steiner, 1992, 2011) van a conllevar la perpetuación de un conflicto externo en el mundo intrapsíquico de la persona con el beneficio final de evitar el vacío y en último término, la experiencia psíquica de la orfandad afectiva (Menoutti, 2003) así podríamos descubrir el diagrama de la necesaria lealtad del niño a los mensajes de las figuras introyectadas como un proceso de autoprotección y de regulación de los afectos que tenderá a resistir a la terapia ya que para ser exitosa obligará a la persona a enfrentar la temida experiencia de la soledad profunda, de

la orfandad del cortar el cordón umbilical con las primeras figuras significativas, que si bien no satisfacen las necesidades emocionales del niño, sí estaban ahí ofreciendo identidad, consistencia, propósito y dirección..., ofreciendo en definitiva un escenario psíquico conocido y estable que ofrece continuidad y respuesta a las “preguntas” tan esenciales como: ¿Quién soy yo?, ¿Quiénes son los otros?, ¿Cómo es la vida? Y por tanto, ¿Qué hay que hacer?

Permitiendo al mismo tiempo una especie de acompañamiento psíquico, diálogos internos y en definitiva, esto produce una ausencia de vacío.

“La presencia en mí del otro, aunque sea dura, aterradora o crítica, me ofrece una continuada compañía largamente conocida” comenta una persona durante su sesión de terapia grupal al hablar acerca de su fobia social y de sus fantasías de ser criticado y rechazado.

Así, si diagramamos los Estados del Yo y su relación intrapsíquica, quizá veremos algo así:

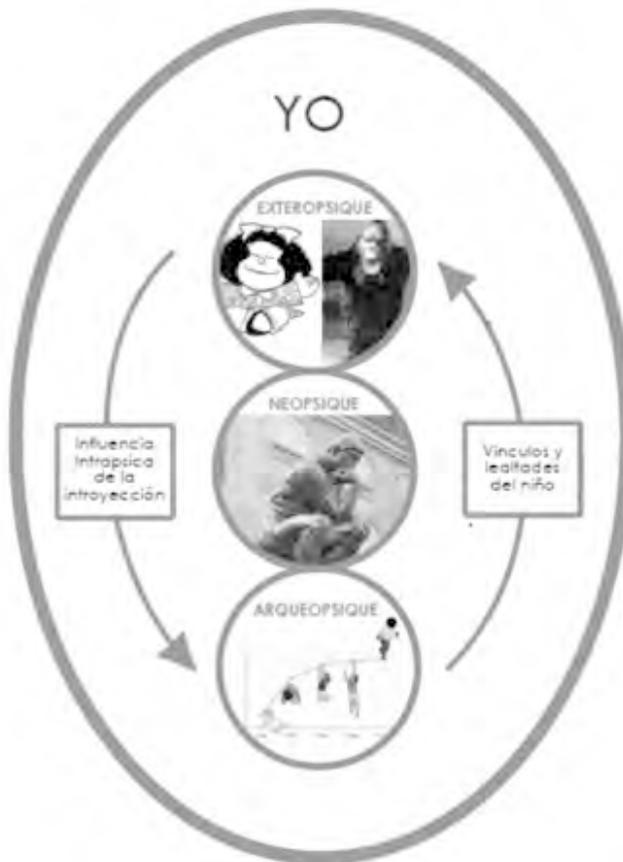


Figura 2: Estados del Yo y su relación Intrapsíquica

¿Cómo se produce?

Erskine (2016) en su descripción del tratamiento sobre el Guion de vida dice que:

Dichos patrones inconscientes, esquemas o planes de vida influyen en las reacciones y expectativas por las que definimos el tipo de mundo en que vivimos, el tipo de personas que somos y la cualidad de las relaciones interpersonales que mantenemos con otros. (p. 92)

A continuación afirma que:

Estos patrones están codificados fisiológicamente en los tejidos corporales y en los eventos bioquímicos, en lo afectivo están codificados como estimulación subcortical del cerebro, y cognitivamente en forma de creencias, actitudes y valores, que responden y conforman un boceto que guía la forma en que vivimos nuestras vidas. (Erskine, 2016, p. 92)

Esto implica que este conjunto de actividad psíquica y relacional, afectiva y comportamental, abarca muchos niveles diferentes de experiencia, donde lo consciente y lo inconsciente se funden en el campo de lo fisiológico, de lo actitudinal y del ritmo en que la persona se experimenta a sí misma, se relaciona con los otros y con el mundo, en la forma en que se “narra” sus experiencias.

Se funde lo pensado, lo fantaseado, lo recordado explícita e implícitamente, con lo experimentado y comunicado sin palabras y a menudo sin pensamientos.

Lo impensado, lo impensable, lo experimentado pero no identificado ni percibido ocurren en un campo mucho más allá (y junto con) de la experiencia percibida, pensada y sentida. Así la transmisión y la incorporación de lo introyectado parecen darse mucho más allá de la transmisión consciente.

Noriega (2004) en sus investigaciones sobre la codependencia concluye:

La comunicación inconsciente juega un rol clave en la transmisión del Guion de una generación a la siguiente. Se produce por medio de transacciones transferenciales que vuelven a establecer así condiciones relacionales similares a las vividas en la situación original y en el estilo de la familia de origen. (p. 314)

Noriega (2010) continúa explicando, “en la transmisión del Guion suelen intervenir también mecanismos de identificación proyectiva por medio de la cual la experiencia emocional del otro se vive como propia” (p. 277).

Así parece ser que en la Introyección participan tanto los mecanismos transferenciales como la imitación consciente y/o preconscious, así como elementos activos muy inconscientes, como sería la identificación proyectiva que actuará a modo de “virus psíquico” que va “contagiando” de herencias psicológicas, de variables ídoles, a menudo a más de una generación.

Pero esto no es en absoluto una sentencia determinista, no, en realidad podríamos decir que aquello que en su principio fue una solución creativa a una situación relacional y emocional deficitaria:

- Se convirtió en una “grabación” incorporada inconscientemente,

desactualizada, y limitante.

- Que se comunica y se reactiva en la vida diaria a través de la transferencia en situaciones cotidianas.
- Quedando así expuesta, por la constante reactivación, a un refuerzo constante que haga avanzar a la persona en su Guion de Vida, lo que es igual, por estar desactualizada influirá potencialmente en la limitación de la espontaneidad, y del uso de los verdaderos recursos que la persona podría activar en el hoy.
- Pero se actúa, reactiva y reactiva... No solo porque ofrece estructura, identidad y continuidad..., sino que también se reactiva:

En las conductas transferenciales, el cliente actúa patrones del pasado en el contexto del presente (...) pero este reactivar los viejos patrones, es literalmente la única forma posible que la persona tiene de contar lo que está ocurriendo dentro de ella o de él. (Moursund y Erskine, 2003, p. 189)

Así, si aceptamos este planteamiento, parece clara que la Introyección fue un fenómeno inevitable y necesario de autoprotección y de regulación.

Parece evidente también que estructurará parte de la psique y de la vida de la persona por lo cual ha de ser elaborada, trabajada y a ser posible resuelta.

Pero parece evidente también que la Introyección, contiene los fantasmas, necesidades, heridas, traumas y anhelos, que conllevan la historia que necesita ser contada, que conllevan la esperanza de que alguien pueda, en algún lugar ocuparse de la alforja y del peso de la historia heredada que no podría, de ninguna otra forma ser narrada.

Tratamiento de la Introyección

Para el tratamiento de la Introyección no se puede establecer un tratamiento lineal.

Será engañoso, como en cualquier otro ámbito del tratamiento psicoterapéutico establecer una secuencia con un orden único, pero sí podríamos enumerar pasos o tareas esenciales que hay que abordar para poder tratar la influencia de la Introyección.

- El establecimiento de la relación de contacto pleno, confiable, dependible y sostenido, con una firme alianza y seguridad terapéutica será sin duda, como en cualquier otro objetivo de la terapia la piedra angular, el líquido amniótico y lo más esencial para este trabajo.
- Garantizar la seguridad, la mirada incondicional positiva y el respeto profundo son los únicos “desactivadores” requeridos de forma constante y más allá de toda técnica y/o operación terapéutica.

Durante muchos años en psicoanálisis, y también en Análisis Transaccional se consideró que la explicación, y la ilustración, eventualmente la confrontación empática y el señalamiento eran los únicos métodos posibles para abordar el tratamiento de la Introyección.

Perls (1987) y Moreno (1966) cada uno desde sus propios aportes ofrecieron

métodos más activos y directos para “encontrarse” y dar voz explícita y representada a los contenidos introyectados. En los trabajos de silla vacía de Perls (1987) con el “perro de arriba” y el “perro de abajo” muy a menudo se podía oír el conflicto entre las figuras parentales internalizadas, representarlo y así actuar en sus mensajes y contenido de forma más directa.

Moreno con el Psicodrama nos aportó a su vez la posibilidad de externalizar tanto la relación de las figuras parentales significativas con el niño, como representar, actuar, externalizar y así tomar conciencia e integrar experiencialmente todo el repertorio de los patrones procedimentales grabados en el sistema del Guion de Vida de la persona (Erskine 1996) en la representación y reactuación del drama original donde la persona encuentra una narrativa en la representación dramática que permite la elaboración de la historia vivida (Schützenberg 2006; Hellinger 2006) y así un esquema nuevo de experiencia con la consiguiente reestructuración de la experiencia.

McNeel con su trabajo de la Entrevista al Padre (1976), junto con Erskine (1988) van a dar un paso más definitivo en el trabajo con el introyecto.

Erskine (1998) propone el tratamiento directo del Estado Padre del Yo: propone abordar al padre o a la madre internalizado, en nuestro cliente como si fuese un cliente real a quien podamos atender directamente.

Sugiere que tras un profundo establecimiento de la alianza terapéutica, asegurándonos de haber apoyado el trabajo previo con las necesidades, sentimientos y afectos del niño en nuestro cliente, a menudo nos encontramos que la persona empieza a hablar de sí mismo en segunda persona, usando frases, juicios de valor y/o actitudes que a su vez había oído y recibido de figuras externas, y siempre según este autor, esto podría estar indicando un cambio espontáneo en el Estado del Yo activo en el cliente, que pondría de manifiesto que en realidad, lo que en ese momento estarías escuchando en nuestra conducta es el funcionamiento activo de un introyecto, lo cual indicaría un punto de apertura y la conveniencia para comenzar el tratamiento directo del Estado Padre del Yo.

El procedimiento de trabajo con el tratamiento del introyecto se describe (Erskine y Trautmann, 1996) en los siguientes términos: “el reproducir y experimentar las manifestaciones fisiológicas tales como: postura corporal, expresión facial etc., sirven de ayuda para facilitar la externalización de los sentimientos, actitudes y experiencias del Estado Padre del Yo” (p. 411).

Siempre merece la pena tener en cuenta que:

El representar el rol de la madre en este tipo de abordaje, va más allá de representar un papel... el/la terapeuta dirige a la persona a “ser” otro, a que se sitúe en su piel, en sus afectos y en su experiencia. Así el trabajo del terapeuta consistirá en hablar con ese “otro” como si fuera el cliente real y podrá proveer de terapia real a ese estado internalizado del Yo. (Erskine y Trautmann, 1996, p. 354)

Como vemos este tipo de trabajo supondrá una liberación de la carga

emocional y de las restricciones relacionales, de las tensiones corporales y de las retroflexiones que van siempre ligadas al mantenimiento del conflicto intrapsíquico que acompaña a la presencia de una Introyección activa.

El resultante de este tipo de trabajo terapéutico será el alivio de la presión sobre las fijaciones emocionales tempranas que tendrán más permiso y libertad para ser reconocidas, identificadas y respetadas y/o protegidas, con el consiguiente incremento de la potencia adulta y de la integración de la personalidad en sus recursos neopsíquicos adultos y actuales.

En conclusión diremos que el tratamiento del introyecto es esencial para el crecimiento y la integración de la personalidad. Es esencial para resolver la compulsión y restricciones que todo Guion de Vida conlleva para la evolución del individuo: como persona y como miembro de la sociedad a la que pertenece en cualquiera de sus roles como ciudadano, como profesional, como padre, madre, o simplemente como ser que contribuya y participa de nuestra inmensa red interpersonal.

Pasos en el Tratamiento de la Introyección

1. Establecimiento firme de la alianza terapéutica.
2. Relación dependible de seguridad y confianza: Relación reparadora/segura y estable que permita desafiar a los vínculos introyectados y afrontar la potencial orfandad psicológica que acompañará a la resolución del dilema intrapsíquico.
3. Uso continuado de los Métodos Relacionales: Indagación, Sintonía, Implicación, orientados a la:
 - Descontaminación de las capacidades adultas y actuales.
 - Desconfusión de los Estados Niño (o estados tempranos del yo fijados en la personalidad).
 - Aumento progresivo de autoconciencia.
 - Aceptación profunda de sí por aceptación vicaria a través de la mirada incondicional positiva del terapeuta.
 - Apoyar y estimular mediante la indagación histórica y fenomenológica, la incipiente diferenciación psíquica del:
 - Yo real
 - Yo social o falso self
 - El introyecto.
 - Identificación y funciones de las decisiones primarias y conclusiones de Guion por medio de la indagación histórica.
 - Trabajo con la transferencia y contratransferencia sobre:
 - consistencia del yo
 - fortalecimiento del estado adulto en el aquí y ahora
 - restablecimiento de las funciones, necesidades y sentimientos del niño diferenciando el aquí y ahora del allá y entonces.

- Trabajo con las propias necesidades relacionales no resueltas en el tiempo: lo arcaico y lo actual.
- Trabajo de Entrevista al Padre en silla vacía y atravesando diferentes pasos y tareas que se resumen a continuación:
 - a) Rol playing orientado a la toma de conciencia
 - b) Fantasía dirigida.
 - c) Resolución de la escena original por medio de: trabajo en fantasía, métodos psicodramáticos y/o métodos intrapsíquicos (con frecuencia será necesaria una combinación de varios métodos en diferentes momentos del trabajo terapéutico).

A menudo, en psicoterapia cometemos el error de suponer que estos pasos son lineales o que se necesita abordarlos una sola vez. Merece la pena destacar que a menudo, es un proceso largo y cuidadoso porque en este trabajo se enfrentan elementos profundos y de peso intergeneracional.

Todo ello conllevará el consiguiente fortalecimiento de la persona y sus recursos así como la integración de lo escindido.

- Sobre la base de una fuerte relación con el Estado Niño del Yo y el acuerdo con la persona en el hoy se abordará el tratamiento del Estado Parental del Yo, como si fuese un cliente real. Los pasos que Erskine, Moursund y Trautmann (2012) propone para el trabajo directo con los Estados Padre (o estados parentales) del Yo son:
 - a) Invitarle a adoptar la postura, gestos, hábitos verbales etc.
 - b) Invitarle a contar desde su historia, sus decisiones de vida, sus temores etc.
 - c) por medio de la Indagación histórica ayudarle a desarrollar la narrativa.
 - d) Indagación fenomenológica con respeto y con CONFRONTACIÓN VALIDANTE.
 - e) Funciones psíquicas de las decisiones que adoptó y que influyen en la vida de nuestro cliente real: ¿Qué? / ¿Cómo? / ¿Por qué? / ¿Cuándo?
 - f) Trabajar sobre la toma de conciencia de las implicaciones limitantes para la vida, la identidad y la salud de nuestro cliente real: favorecer la responsabilidad vs negación.
 - g) Si es posible se abordará el trabajo de reparación, duelo, reconciliación y permisos, (lo que debió de haber sido y no fue).

Con el trabajo emocional que ello conlleve para la resolución de lo no hablado, lo negado y el daño eventual que se haya derivado de todo ello.

- Diálogo, de nuevo, con nuestro cliente real en el hoy:
 - a) Trabajo emocional consecuente (duelo).
 - b) Conclusiones adultas.
 - c) Permisos y decisiones para el futuro.
- Vuelta completa al aquí y ahora INTEGRACIÓN EXPLÍCITA en el

estado Adulto del hoy: en el pensar, en el sentir, respecto al hacer y en el expresar.

- Para resolver lo trabajado tanto en el proceso intrapsíquico como en el posible proceso paralelo de la relación transferencial terapéutica, así como en la transferencia que se actúa en la vida diaria. Por ello será conveniente...
- Identificar los mismos elementos y su forma de resolución en:
 - a) La vida cotidiana.
 - b) La relación terapéutica como laboratorio relacional (diada terapéutica).
 - c) En el proceso relacional de grupo: será el espacio donde eventualmente puede ser necesario volver a trabajar con los mismos pasos y contenidos dependiendo de la seriedad y de la acumulación, la etapa del desarrollo etc. del trauma y/o negligencia afectiva que dieron lugar a la incorporación del introyecto.
 - c.1) trabajo individual en grupo sobre el introyecto.
 - c.2) trabajo en proceso grupal: satisfacción de necesidades relacionales y/o resolución de la transferencia derivada del introyecto con otros miembros del grupo.
 - c.3) Fase grupal de cooperación y crecimiento mutuo: integración adulta del grupo y con el grupo.

Estas fases y contenidos enumerados son a veces necesarias en todos sus pasos, pero no es una regla general: dependerá de numerosos factores intrapsíquicos, de los recursos intelectuales, de los recursos sociales o de la fase de vida de la persona, niveles de salud física propia y /o del entorno así como de los apoyos afectivos.

Es decir que si bien el trabajo de la Entrevista al Padre es esencial, el número de ocasiones, la extensión y profundidad del trabajo variará en cada persona.

Lo que es general y podemos afirmar es que siempre ofrece mayor conciencia de sí y del otro y es una importante puerta abierta al aumento de la libertad personal y la integración.

Quiero terminar este trabajo citando a P. Coles (2011) que relata como Fraiberg y sus colaboradoras E. Adelson y V. Shapiro trataron de trabajar con el pasado no-recordado de jóvenes madres que en su infancia habían sido víctimas de trauma, y que lo estaban reactuando en forma de deprivación y de abuso hacia "sus propios hijos". Fraiberg descubrió que, independientemente de cuán perturbada estuviese la joven madre, si se le ayudaba a recordar sus propias experiencias pasadas de abuso, ella resultaba más capaz de abandonar el abuso que inconscientemente inflingía hacia sus propios hijos.

La madre que ha reprimido su propio abuso y que cortó su propio dolor por medio de la negación, parece ser habitualmente más tendiente a identificarse con quien originalmente la agredió, y consecuentemente dañar a su hijo o hija. La

capacidad de recordar y sentir de nuevo el trauma original abre la posibilidad de modificar el legado abusivo en la crianza.

Nuestro trabajo consistirá en establecer el cuidado, el respeto y el ritmo, en utilizar los métodos intrapsíquicos, y relacionales consistentemente de forma que la persona pueda resolver el conflicto intrapsíquico y tratar su propio legado con flexibilidad, y abordando los pasos terapéuticos individuales y grupales que ello requiera, para lo cual obviamente será necesario que todo psicoterapeuta que esté dispuesto a trabajar con estos contenidos profundos de sus clientes, haya trabajado seriamente sobre su propio influjo parental y, así hacer posible que los legados introyectados recibidos sean parte de nuestra experiencia humana y nos aporten sabiduría para nuestra coherencia clínica y profundidad de visión como psicoterapeutas.

Referencias bibliográficas

- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Berne, E. (1964). *Games People Play: The Psychology of Human Relationships*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Berne, E. (1970). *Sex in Human Loving*. Nueva York, NY: Simon & Schuster
- Berne, E. (1972). *What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Caparros, N. (1976). La pareja. Análisis de un ocultamiento. *Clínica y Análisis Grupal*, 1(1), 56-63.
- Caparros, N. (2000). *Más allá de la envidia*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva. Colección Imago.
- Coles, P. (2011). *The Uninvited Guest from the Unremembered Past: An Exploration of Unconscious Transmission of Trauma Across the Generations*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. (1988). Ego Structure, Intrapsychic Function, and Defense Mechanisms: A Commentary on Eric Berne's Original Theoretical Concepts. *Transactional Analysis Journal*, 18:15-19. Reeditado en 1997 R.G. Erskine (Ed.). *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles*, (pp.109-115). San Francisco, CA: TA Press
- Erskine, R. G. (1998). Attunement and involvement: Therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3(3), 235-244.
- Erskine, R. G. (2002). Bonding in relationship: A solution to violence? *Transactional Analysis Journal*, 32(4), 256-260.
- Erskine, R. G. (2003). Introjection, psychic presence and parent ego states: Considerations for psychotherapy. En: C. Sills y H. Hargaden (Eds.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis: Contemporary Views* (pp. 83-108). Londres, Reino Unido: Worth
- Erskine, R. G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analysis Journal*, 38(2), 128-138.
- Erskine, R. G. (2009). Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement. *Transactional Analysis Journal*, 39(3), 207-218
- Erskine, R. G. (2010). Life scripts: Unconscious relational patterns and psychotherapeutic involvement. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns* (pp. 1-28). Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. (2011). Therapeutic involvement. En: H. Fowlie y C. Sills (Eds.), *Relational Transactional Analysis: Principles in Practice* (pp. 29-45).
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia Terapéutica y Patrones Relacionales: Conceptos y Práctica de la Psicoterapia Integrativa*. (A. Pérez Burgos, Trad.). Londres, Reino Unido: Karnac Books. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la Empatía: Una Terapia de Contacto en la Relación*. (N. Mestre, Trad.) Bilbao, España: Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999).

- Erskine, R. G. y Moursund, J. (2014) *La Psicoterapia Integrativa en Acción*. (I. Arregui Guivarc'h, A. Pérez Burgos, Trad.). Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1988).
- Erskine, R. G. y O'Reilly-Knapp, M. (2003). Core concepts of an integrative transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 33(2), 168-177.
- Erskine, R. G. y Trautman, R. L. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26, 316-328. Reeditado en 1997 R. G. Erskine (Ed.), *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A Volume of Selected Articles* (pp. 20-36). San Francisco, CA: TA Press.
- Fairbairn, W. R. D. (1943). The repression and the return of bad objects (with special reference to the "war neuroses"). *British Journal of Medical Psychology*, 19(3-4), 327-341.
- Fairbairn, W.R.D. (1954). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Hellinger, B. (2006). *Ningunas olas sin el océano: Experiencias y pensamientos* (J. ten Herkel y S. Tombleson, Trad.). Heidelberg, Alemania: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- McNeel, J. R. (1976). The parent interview. *Transactional Analysis Journal*, 6(1), 61-68
- Menoutti, (2003, septiembre). Conferencia: *Transcultural Matrix* en el Congreso de la International Association for Group of Psychotherapy and Group Processes (IAGP) Encuentro Regional del Mediterráneo. Atenas, Grecia.
- Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama: Introducción a la teoría y a la praxis*. México, MC: Fondo de Cultura Económica.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy. The Art and Science of Relationship*. Canadá: Thomson Brooks/Cole.
- Noriega Gayol, G. (2004). Codependence: A transgenerational script. *Transactional Analysis Journal*, 34(4), 312-322.
- Noriega Gayol, G. (2010) Transgenerational scripts: the unknown knowledge en *Life Script A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*. R. G. Erskine (Ed.), Londres: Reino Unido: Karnak books
- Perls, F. (1987). *Sueños y existencia (Gestalt Therapy Verbatim)*. Cuatro vientos.
- Schützenberger A. (2006). *¡Ay, mis ancestros!* (E. Bissone-Jeufroy, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Omeba. (Trabajo original publicado en 1988)
- Steiner, C. (1992). *Los Guiones que vivimos*. (M. R. Buixaderas, Trad.). Barcelona, España: Kairos. (Trabajo original publicado en 1974).
- Steiner, C. (2011). *Educación Emocional*. (P. Cortés, A. Devós-Cerezo, C. Steiner, Trad.). Sevilla, España: Jeder Libros. (Trabajo original publicado en 1997).
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.

LA VERDAD OS HARÁ LIBRES: LA EXPRESIÓN DE UN HONESTO “ADIÓS” ANTES DE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO

THE TRUTH SHALL SET YOU FREE: SAYING AN HONEST “GOODBYE” BEFORE A LOVED-ONE’S DEATH

Richard G. Erskine, PhD

Institute for Integrative Psychotherapy, Vancouver, BC, Canadá

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R.G. (2016). La Verdad Os Hará Libres: La Expresión de un Honesto “Adiós” Antes de la Muerte de un Ser Querido. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 75-84.

Resumen

Muchas personas sufren de duelo anticipado antes de la muerte de un ser querido. Este artículo se basa en la premisa de la Terapia Gestalt de que es necesario expresar un “hola” con contacto pleno antes de poder articular un “adiós” genuino. Se revisan algunas de las publicaciones de referencia, se define la premisa de “asuntos pendientes”, se describe los beneficios terapéuticos de la fantasía, y se proporciona un ejemplo de caso utilizando el método de la “silla vacía”. La psicoterapia que se describe en este artículo trata de crear una oportunidad para la expresión de sentimientos, para el contacto interpersonal, y “para revelar la verdad” antes de que la otra persona fallezca.

Palabras clave: duelo, duelo anticipado, Terapia Gestalt, asuntos pendientes, fantasía, silla vacía, revelar la verdad, honestidad, resolución del duelo, psicoterapia integrativa, Fritz Perls

Abstract

Many people suffer from anticipatory grief before the death of a loved one. This article is based on the Gestalt Therapy premise that it is necessary to have a contactful “hello” before one can have a genuine “goodbye”. It reviews some of the relevant literature, defines the premise of “unfinished business”, describes the therapeutic benefits of fantasy, and provides a case example using the “empty chair” method. The psychotherapy described in this article is about creating an opportunity for the expression of feelings, making interpersonal contact, and “truth telling” before the other person dies.

Keywords: grief, anticipatory grief, Gestalt Therapy, unfinished business, fantasy, empty chair, truth telling, honesty, resolution of grief, integrative psychotherapy, Fritz Perls

Fecha de recepción: 9 de agosto de 2016. Fecha de aceptación: 23 de agosto de 2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: integpsych@earthlink.net

Dirección postal: Richard G. Erskine. Suite 802, 1470 Pennyfarthing Drive, Vancouver, British Columbia V6J 4Y2, Canadá

© 2016 Revista de Psicoterapia



Antes de que se produzca la muerte de un ser querido, algunos clientes presentan una variedad de síntomas asociados con el duelo. Estos síntomas asociados con el duelo pueden incluir negación, episodios de intensa tristeza, a menudo alternados con períodos de aturdimiento emocional, confusión, evitación o enfado hacia la persona que se está muriendo, reiteradas discusiones, sensación general de impotencia y de sentirse abrumado y estresado. Muchas personas experimentan un intenso duelo anticipado antes del fallecimiento de un ser querido.

John Bowlby (1961, 1980) fue uno de los primeros psicólogos en el estudio del proceso de duelo y lo describió como el resultado de la pérdida de apego. Parkes (1972), y más tarde Parkes y Weiss (1983), emplearon las ideas de Bowlby sobre el apego y la pérdida y propusieron una teoría del duelo que incluía cuatro etapas: shock-aturdimiento, anhelo-búsqueda, desorganización-desesperación y reorganización. Kübler-Ross (1969) popularizó la idea de que el duelo se produce en fases distintas y esbozó cinco etapas: negación, enfado, negociación, depresión y aceptación.

Axelrod (2006) señala que no todas las personas experimentarán las cinco etapas del duelo, y que no es necesario (ni está previsto) que atraviesen esas etapas en un orden particular. El Estudio sobre el Duelo de la Universidad de Yale (Maciejewski, et al., 2007) investigó el concepto de etapas del duelo y se descubrió que muchas personas parecían atravesar el proceso a través de varias etapas y que *"la añoranza era el indicador negativo dominante en el duelo"* (p. 716). Recientemente Friedman (2009) ha cuestionado la noción de etapas del duelo como una taxonomía simplista que no permite variaciones individuales en el proceso de duelo. Sugiere que cada persona experimenta el luto de forma única.

Cuando los clientes experimentan un duelo anticipado, pueden presentar algunas de las mismas dinámicas psicológicas descritas por los "teóricos de las etapas", pero sus reacciones emocionales no parecen atravesar etapas distintas. En mi experiencia clínica, los clientes que experimentan el duelo anticipado a menudo muestran una combinación de reacciones emocionales. Algunos clientes manifiestan una progresión ordenada de una emoción a otra. En otros clientes, sus reacciones emocionales parecen oscilar de un extremo al otro en cuestión de minutos. Pueden mostrarse resentidos, agradecidos, desesperados, abiertamente enfadados, melancólicos, conformados con las tradiciones familiares, y/o también anhelando unas palabras de reconocimiento o de cariño. Con frecuencia, estos clientes se centrarán en una emoción específica y se desapropiarán de otros pensamientos y sentimientos. Podemos organizar nuestra psicoterapia para prestar atención a cada "etapa" del duelo o, en cambio, podemos centrarnos principalmente en la experiencia emergente de las emociones de nuestros clientes, pero a menudo nuestros clientes nos necesitan para ocuparnos de sus "asuntos pendientes" con la persona que está muriendo.

Algunos autores que escriben sobre el tratamiento terapéutico del duelo se han centrado en diversos modelos de terapia (Clark, 2004; Hensley, 2006). Estos

modelos destacan: la aceptación de la pérdida; el tratamiento de la rabia y la desesperación; la comprensión de la necesidad de relaciones cuidadosas y reconfortantes; la provisión de un espacio adecuado de tiempo para recuperarse de la pérdida y el fomento de nuevos intereses y actividades (Greenwald, 2013; Wetherell, 2012), el empleo de métodos expresivos en la resolución del duelo (Goulding y Goulding, 1979; Perls, 1969, 1975), la atención a la necesidad de relaciones de apoyo en la familia, en la terapia, y en la comunidad (Olders, 1989), y el modo en que el duelo puede potenciar otros problemas de salud mental (Greenwald, 2013). Sin embargo, no parece que la literatura de psicoterapia aborde el tratamiento de duelo que puede provocarse ante la muerte de un ser querido.

Sigmund Freud (1917) abordó el tema del duelo diferenciando entre aflicción y melancolía. Describe la melancolía como marcada por una relación ambivalente, donde hay una reacción de amor y odio hacia la otra persona que a menudo se acompaña de angustia y una sensación de autoestima mermada; es dominante, inconsciente y permanente. Describe la aflicción como una “reacción a la pérdida de una persona querida” que es común y habitual (1917, p. 243).

Freud prosigue describiendo la aflicción como una respuesta consciente a una muerte concreta. A diferencia de la melancolía, la considera no patológica, ya que es una reacción normal a los acontecimientos y en general se supera disponiendo del tiempo suficiente. Durante el período de duelo, la persona se da cuenta de que su ser querido se ha ido de verdad para siempre, se produce finalmente una aceptación de la pérdida y poco a poco la persona retoma su habitual estilo de vida.

Fritz Perls (1975), en su doctrina sobre la psicoterapia del duelo, definió éste como “asuntos pendientes” y empleó su técnica de “silla vacía” para ayudar al cliente a obtener un “cierre” de su duelo. Presenta una distinción entre pseudo-duelo y duelo genuino. Describió el “pseudo-duelo” como “sentir lástima por uno mismo” y “aferrarse a los resentimientos no expresados”. Desafió a los clientes a cultivar la “auto-regulación” y a asumir la responsabilidad de vivir en el “ahora”. Cuando los clientes expresaban un duelo genuino, lo consideraba un proceso natural de luto por la pérdida de alguien y respondía con un interés auténtico.

Aprendí sobre la psicoterapia del duelo mientras observaba a Fritz Perls utilizando su técnica de la “silla vacía” para ayudar a las personas a concluir lo que él denominaba “asuntos pendientes” del duelo (Perls, 1967). Perls pedía a la persona en duelo que utilizara la “silla vacía” y fantaseara que el “otro” significativo estaba sentado delante. Después animaba al cliente a hablar con la imagen del “otro”, como si de verdad estuviera sentado en la silla, y que fuera totalmente franco, y que empleara gestos corporales que transmitieran la amplitud de sus emociones.

Perls, en sus enseñanzas sobre psicoterapia del duelo, señalaba cómo éste era mantenido por el “aferramiento” (una retroflexión física) de los viejos resentimientos y la rabia. También destacó la importancia de los agradecimientos no expresados. Demostró que la resolución del duelo se basa en la expresión tanto de los resentimientos como de los agradecimientos. Sin embargo, en la práctica, a menudo

Perls tenía en mayor consideración las expresiones del cliente en duelo asociadas a la rabia y al resentimiento, que las expresiones de agradecimiento. Tanto en *Gestalt Therapy Verbatim* (1969) como en *Eye Witness to Therapy* (1975), Fritz Perls proporciona numerosos ejemplos en los que también emplea la técnica de la "silla vacía" para resolver conflictos psicológicos del cliente.

A principios de la década de 1970, varios analistas transaccionales que se habían formado en Terapia Gestalt con Fritz y/o con Laura Perls comenzaron a utilizar la técnica de la "silla vacía" para facilitar al cliente la resolución de sus "asuntos pendientes" –los problemas psicológicos relacionados con conflictos interpersonales tanto arcaicos como actuales. Erskine y Moursand en *La Psicoterapia Integrativa en Acción* (1988/2011) ofrecen varios ejemplos clínicos que ilustran el empleo de la técnica de la "silla vacía" y la integración de diversas intervenciones de Terapia Gestalt con el Análisis Transaccional y con la teoría psicoanalítica contemporánea. Bob y Mary Goulding, siguiendo los ejemplos de Perls, incluyen en su libro *Redecision Therapy* (1979) una sección que ilustra la técnica de la "silla vacía" para resolver lo que también denominaron "asuntos pendientes" en el duelo (pp. 174-184). Sus breves viñetas de terapia muestran cómo hacen hincapié también en el resentimiento y la rabia y sólo prestan una atención superficial a los agradecimientos.

Aunque Fritz Perls prestó mayor atención a la expresión de la rabia y el resentimiento, personalmente considero que es necesario crear un equilibrio terapéutico entre las polaridades emocionales tales como: la rabia no reconocida, el resentimiento y la amargura en un extremo de la balanza; y los sueños frustrados, laspreciadas experiencias, el afecto no expresado y los recuerdos entrañables en el otro lado, con el fin de que sea más fácil para el cliente estabilizar sus experiencias fenomenológicas. Organizo mis intervenciones terapéuticas para entretejer cada una de estas emociones en el diálogo relacional. A veces nos centramos en una única emoción hasta que está bien expresada, entonces puede atraer la atención del cliente hacia el otro extremo del espectro emocional, y luego de vuelta otra vez, buscando y entretejiendo siempre las emociones no expresadas, esforzándonos por un equilibrio reparador.

La Premisa de los "asuntos pendientes"

Las conversaciones íntimas y profundas son esenciales en la resolución del duelo. Lo ideal sería que dicha conversación íntima se produjera antes del fallecimiento de un ser querido. Después de la muerte, el duelo es a menudo potenciado por los "asuntos pendientes" –el dolor emocional por lo que sucedió y/o el pesar por lo que nunca había sucedido– y también por pensamientos como "Ojalá le hubiera dicho más", "Si hubiéramos tenido una conversación auténtica", "Nunca le dije lo mucho que significaba para mí" o "Nunca le dije la verdad sobre mí mismo". Cuando las conversaciones íntimas y honestas ocurren antes de la muerte de un ser querido, el duelo, después de la muerte, es mucho más fácil porque

la persona puede asimilar y resolver. Cuando este tipo de conversaciones profundas no ocurren antes del fallecimiento del ser querido, la experiencia de duelo posterior a la muerte a menudo se intensifica y prolonga.

El método de psicoterapia descrito en este artículo consiste en crear una ocasión oportuna para la expresión de sentimientos, para establecer contacto interpersonal y “revelar la verdad” –si es posible antes de que la otra persona fallezca. Se basa en la premisa de la Terapia Gestalt de que es necesario establecer “contacto pleno”, para tener un verdadero “hola”, antes de que podamos decir “adiós” (Perls, Hefferline y Goodman, 1951). En el mejor de los casos, prefiero que la psicoterapia allane el camino para entablar conversaciones sinceras cara a cara entre mi cliente y la persona moribunda, mientras se encuentra todavía lúcida. Muchos clientes necesitan un grado elevado de apoyo terapéutico con el fin de entablar un diálogo significativo con la “otra” persona. Para algunos clientes, nuestra psicoterapia proporciona una sesión práctica colmada de emociones que posibilitará una comunicación íntima y honesta antes de que el ser querido muera.

En algunas situaciones, la expresión real de las emociones auténticas, el contacto interpersonal pleno y la manifestación de la “verdad” propia a la otra persona no es una opción viable ya que podría encontrarse en un estado de coma, sufrir demencia o ser emocionalmente incapaz de tener una conversación significativa. Debido a los guiones intrapersonales y a las creencias arraigadas tales como “no tengo derecho a decir lo que siento” y “los demás son más importantes que yo”, muchos clientes se muestran sumamente reacios a iniciar tales conversaciones íntimas y profundas (O’Reilly- Knapp y Erskine, 2010).

Los clientes podrían mostrarse inhibidos en la comunicación de la experiencia significativa, porque creen que ser honesto con la otra persona va a molestarla, herirla o incluso, matarla. Muchas familias han forjado un sistema que no permite este tipo de conversaciones íntimas. En el momento de una muerte inminente, la lealtad a dicho sistema familiar podría incluso intensificarse. En cada una de estas situaciones, resultaría terapéuticamente indicado que el psicoterapeuta facilite una conversación significativa –en la fantasía– utilizando la técnica de la “silla vacía”. En el trabajo con la fantasía del cliente, imaginando que la otra persona está sentada enfrente, podemos crear la posibilidad de un contacto interpersonal plausible – contacto que puede no ser posible en la realidad –un contacto imaginado que puede reparar profundas heridas relacionales.

La resolución del duelo requiere restablecer la capacidad del individuo para el contacto pleno interno e interpersonal –la capacidad de articular un auténtico “hola” antes de un “adiós” genuino. Cuando se trabaja con las experiencias no expresadas, es importante que la persona ponga voz totalmente a sus variados sentimientos íntimos, necesidades, suposiciones y pensamientos que nunca han sido expresados con sinceridad. Esto es lo que mis clientes llaman “revelar la verdad” –es la expresión verbal (y a veces física) de lo que no se ha dicho, y a menudo de los sentimientos, actitudes, asociaciones, reacciones y pensamientos no reconocidos

que la persona ha mantenido encerrados internamente. Revelar la "verdad" propia –la narrativa personal– es un factor esencial para otorgar sentido a una relación completando experiencias significativas inconclusas, y proporcionando un final del duelo (Neimeyer y Wogrin, 2008). "Revelar la verdad" no consiste en la declaración de los hechos o de la información verificable que puede ser confirmada por otros. Se trata de una "verdad narrada", la expresión de las propias experiencias internas y de los esfuerzos personales con el fin de otorgar sentido emocional a esas experiencias (Allen, 2009; Burgess y Burgess, 2011).

"Revelar la verdad" implica traducir los afectos, las reacciones fisiológicas y las experiencias relacionales en palabras y supone compartir honestamente lo que puede que nunca se haya expresado en una relación significativa. Muchos clientes no están acostumbrados a compartir sus pensamientos íntimos. Les suelo animar a que hablen con franqueza, incluyendo la expresión física. "Revelar la verdad" es lo opuesto a las conversaciones intrascendentes que entablan muchas personas a lo largo de sus vidas. Las conversaciones intrascendentes se inician como medida de auto-protección para mantener una relación emocional pero, con el tiempo, pueden erosionar la intimidad y el contacto interpersonal; incluso podría inhibir la expresión del self en relación. Cuando nosotros los psicoterapeutas hacemos hincapié en "revelar la verdad", estamos invitando al cliente a atender y a manifestar la expresión interrumpida de los sentimientos, las actitudes y los gestos físicos. Son estos gestos, palabras y afectos interrumpidos o reprimidos los que interfieren con la capacidad de decir "hola" y "adiós".

Ejemplo de un caso

El hermano de Jason, Andrew, tenía un tumor cerebral. Se había visto sumido en un lento proceso de deterioro mental y físico durante más de dos años. Siendo su único pariente vivo, durante los últimos dos años Jason había asumido la responsabilidad de la organización de la vivienda, la atención médica y las necesidades financieras de su hermano mayor. Un año antes, los médicos habían pronosticado que Andrew fallecería en uno o dos meses. Pero no había muerto, Andrew continuaba viviendo y sus capacidades físicas habían empeorado.

Jason es miembro de un grupo de psicoterapia que se reúne un día al mes durante seis horas. Había asistido a las últimas trece sesiones y en las sesiones sexta y séptima habló con los miembros del grupo acerca de la enfermedad de su hermano, y sobre su frustración y agotamiento por el continuo cuidado que le dedicaba. Jason comentó que a través del proceso relacional del grupo se había sentido comprendido, apoyado y animado a seguir con la responsabilidad hacia su hermano. Le animé a entablar varias "conversaciones sinceras" con Andrew.

En la undécima sesión, Jason declaró que le resultaba "imposible" decir algo relevante a su hermano. Expresó de nuevo al grupo su desesperación y su irritación hacia Andrew y dijo que deseaba que su hermano "terminara de una vez y muriera". Después lloró y dijo que anhelaba que su hermano le dijera "algunas palabras

amables” o que, al menos, “simplemente mostrara su amor hacia mí”.

En su decimotercera sesión, Jason comenzó diciendo que su hermano ya no podía hablar ni alimentarse por sí mismo. Jason había perdido la esperanza de que Andrew le reconociera su afecto de alguna forma. Jason se sentía abatido, su cuerpo estaba rígido. Le pregunté si estaría dispuesto a utilizar la técnica de la “silla vacía” para mantener una conversación “desde el corazón” con Andrew. Al principio se mostró reacio a imaginar a su hermano sentado frente a él o a expresar lo que sentía. Le aseguré que los miembros del grupo y yo estábamos allí para apoyarlo y ayudarlo a expresar todos los sentimientos que rígidamente contenía en su interior. Sus puños apretados revelaban algunas de sus emociones no expresadas. Señalé que en sesiones anteriores había hecho algunos comentarios cáusticos y de enfado sobre su hermano, y que yo pensaba que representaban un resentimiento no resuelto. Después de un debate en grupo sobre su tensión corporal, accedió a experimentar con la imagen internalizada de su hermano y a hablarle honestamente acerca de su relación.

Empezamos el trabajo con mi introducción casi hipnótica: “Jason, cierra los ojos e imagina que tu hermano está en su cama del hospital, y le quedan solamente treinta minutos de vida. Puede escuchar todo lo que dices, pero no puede hablar. Ésta es tu última oportunidad para decirle todas las cosas importantes que nunca le has dicho. Lo fundamental es que seas honesto y no dejes nada pendiente. Yo estaré aquí para respaldarte. Mira su imagen y cuéntale la verdad sobre vuestra relación”.

Jason le dijo titubeando a su hermano lo mucho que siempre le había admirado y querido. Le alenté a que continuara hablando con la imagen de Andrew y a que le contara todo. Le dijo a Andrew que había admirado a un hermano cinco años mayor y muy atlético. Cuando empezó a hablar de Andrew en tercera persona, le animé a seguir visualizando a su hermano y a “hablar con él”. Continuó diciendo a Andrew cómo había añorado “los buenos tiempos” juntos. Le induje a hablar de algunos de “los buenos tiempos” o de las cosas importantes que habían hecho. A Jason le resultaba muy difícil recordar momentos agradables. Describió algunos de los juegos en los que habían participado juntos y narró una vez que su hermano le había defendido de un matón en el patio del colegio.

Jason se esforzaba por recordar las experiencias placenteras o íntimas compartidas. Le sugerí que le dijera también a Andrew lo que faltaba en su relación. Jason expresó su anhelo de un hermano “amable y cariñoso”. Habló de cómo, cuando era niño, esperaba que Andrew volviera a casa y jugara con él. Expresó lo descorazonado que se quedaba cuando Andrew le ignoraba o le pegaba. Jason describió con amargura cómo, cuando era pequeño, había deseado compartir el dormitorio con Andrew, pero Andrew le “torturaba”. Prosiguió comentando a su hermano que, de adulto, había abusado pidiéndole prestado dinero sin devolvérselo, y que esperaba que Jason cuidara de su “caos financiero”, pero que nunca dijo “gracias”.

El rostro de Jason se había vuelto de color rojo intenso, las venas de su cuello se hincharon, sus puños empujaban la silla. Era evidente que estaba conteniendo

fisiológicamente su rabia. Coloqué un gran cojín en la silla y sugerí a Jason que empezara cada frase con las palabras "no me gusta". Jason comenzó a gritar varias cosas que detestaba. Golpeó el cojín y gritó a su hermano, "No me gusta la forma en la que siempre me has tratado" y reiteró varios acontecimientos dolorosos en su relación. Luego añadió: "Siempre te he querido. Siempre quise gustarte. No me gusta cómo me utilizaste, ni cómo me trataste. Siempre me mantuve callado y esperé que fueras bueno conmigo. Ahora sé que nunca cambiarás".

Siguió gritando y golpeando el cojín durante unos minutos y luego se puso a llorar. Volvió a repetir varias veces las mismas cosas, pero esta vez su voz reflejaba dolor. Se lamentó, "deseé que fueras mi hermano, pero me odiaste la mayor parte de mi vida. He sido muy bueno contigo, pero nunca lo reconociste. Ha llegado el momento de que diga adiós a todas mis esperanzas. Nunca tendré el hermano que hubiera querido. Has sido una verdadera mierda conmigo. Ahora quiero que te mueras y terminar con todo este tormento de una vez. ¡Vete ahora! Encuentra la paz que nunca has tenido en vida. Es el momento de liberarme de ti. Quiero estar con la gente que me gusta". Mientras sollozaba calladamente durante unos minutos, el cuerpo de Jason se relajó y su rostro recuperó el color normal. Al final del día pareció estar mucho más animado. Me llamó por teléfono al día siguiente para decirme que ésa había sido la noche en la que mejor había dormido en los dos últimos años.

Conclusión

El caso de Jason ilustra el poder transformador de "revelar la verdad" y la importancia de expresar activamente las emociones que han sido inhibidas y contenidas por medio de tensiones físicas. El empleo terapéutico de la imaginación, la técnica de la "silla vacía", junto con la implicación cuidadosa del psicoterapeuta proporcionarán al cliente la oportunidad de obtener una calidad de comunicación interpersonal en la fantasía que nunca había sido posible en la realidad.

Al principio de este artículo esboqué varios modelos de trabajo para el tratamiento del duelo que se describen en la literatura profesional. Los ejemplos de caso utilizados en este artículo ilustran la integración de varios de estos enfoques terapéuticos, siendo los principales:

- reconocer los sentimientos desapropiados (negados)
- emplear métodos expresivos en la cura del dolor emocional y del enfado
- proporcionar el tiempo y el espacio suficientes para que la persona relate su historia y para que concluya "los asuntos pendientes"
- brindar una relación de apoyo mediante la implicación de los miembros del grupo y del psicoterapeuta, y
- ayudar al cliente a que pueda fluir entre sus diversas respuestas emocionales tales como negación, desesperación, anhelo, rabia y ayudarle también en la reorganización de su sentido del self.

Durante muchos años he tratado a clientes que sufren un duelo, ya sea prolongado o anticipado; así he descubierto que es necesario que el cliente

establezca un equilibrio entre las polaridades emocionales de enfado, resentimiento y amargura, con recuerdos de experiencias valiosas, afectos no expresados y amor. Tal y como se describe en este artículo, “revelar la verdad” en trabajos con “silla vacía” ofrece un método eficaz para la resolución del duelo prolongado y del duelo anticipado. Se considera esencial que el psicoterapeuta aliente y apoye al cliente para “revelar la verdad”, ya sea sólo en la fantasía de una imagen mental en un abordaje de “silla vacía” o, finalmente, cara a cara, con la persona real. El propósito de este tipo de psicoterapia es restaurar la capacidad del individuo de lograr un “hola” honesto y significativo antes de adentrarse en el “adiós” auténtico.

Nota del Editor:

Agradecemos el permiso de publicación al International Journal of Psychotherapy

Artículo publicado originalmente en inglés en *International Journal of Psychotherapy*, 2014; (18)2, 72-79.

Traducción: Ángela Pérez Burgos

Revisión de traducción: Yarima Etxeberria Ibáñez

Referencias bibliográficas

- Allen, J. (2009). Constructivist and neuroconstructivist Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 39(3), 181-192.
- Axelrod, J. (2006). The Five Stages of Loss and Grief. *Psych Central*. Accesible: psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief/000617
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-339.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Nueva York, NY: Basic Books
- Burgess, A. G. y Burgess, J. P. (Eds.) (2011). *Truth*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Clark, A. (2004). Working with grieving adults. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 164-170.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988/2011). *Integrative Psychotherapy in Action*. Londres, Reino Unido: Karnac Books. (1988. Londres: Sage Publications.). Versión española: La Psicoterapia Integrativa en Acción (Ed. Desclée de Brower, 2011).
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia in the *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (trad. y ed. J.Strachey), vol.14. Londres, Reino Unido: Hogarth Press.
- Friedman, R. (2009). Broken hearts: Exploring myths and truths about grief, loss and recovery. *Psychology Today*. Accesible: psychologytoday.com/blog/broken-hearts/200909/no-stages-grief
- Goulding, M. M. y Goulding, R. L. (1979). *Changing Lives Through Redecision Therapy*. Nueva York, NY: Brunner/Mazel.
- Greenwald, B. (2013). Grief Issues in the Psychotherapeutic Process. Accesible: www.uic.edu/orgs/convening/grief.htm
- Hensley, P. L. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of Affect Disorders*, 92(1), 117-124.

- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Nueva York, NY: Macmillan.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. y Prigerson, H. G. (2007). An empirical study of the stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, 297(7), 716-723.
- Neimeyer, R. A. y Wogrin, C. (2008). Psychotherapy for complicated bereavement: a meaning-oriented approach. *Illness, crisis & loss*, 16(1), 1-20.
- Olders, H. (1989). Mourning and grief as healing processes in psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(4), 271-278.
- O'Reilly-Knapp, M. y Erskine, R. G. (2010). The Script System: An Unconscious Organization of Experience. In: R. G. Erskine (Ed.) *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*, (pp. 291 - 308). Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Parke, C. (1972). *Bereavement: Studies in Grief in Adult Life*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Parke, C. M. y Weiss, R. S. (1983). *Recovery From Bereavement*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F. S. (1975). *Legacy from Fritz*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Perls, F. S. (1967). A personal communication, September 28, 1967.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. y Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Nueva York, NY: Julian Press.
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159-166.

PROCESO RELACIONAL DE GRUPO E INTERSUBJETIVIDAD: LA PRESENCIA Y LA SINTONÍA COMO FACTORES TERAPÉUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

RELATIONAL GROUP PROCESS AND INTERSUBJECTIVITY: PRESENCE AND ATTUNEMENT AS THERAPEUTIC FACTORS IN GROUP PSYCHOTHERAPY

Dr. José Manuel Martínez Rodríguez

Psiquiatra. Analista Transaccional Docente y Supervisor (TSTA- ITAA-EATA). Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor Internacional (IIPT.-IIPA). Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez Rodríguez, J.M. (2016). Proceso Relacional de Grupo e Intersubjetividad: La Presencia y la Sintonía como Factores Terapéuticos en Psicoterapia de Grupo. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 85-94.

Resumen

Los grupos permiten apreciar con mayor claridad que la calidad de la experiencia, de la atmósfera grupal, y de la historia de los acontecimientos no dependen de nadie en particular sino más bien son el resultado de una construcción conjunta. Poner un foco intersubjetivo en psicoterapia permite profundizar el proceso psicoterapéutico y reparar los trastornos del Sí mismo. La Psicoterapia Integrativa suministra métodos útiles para el trabajo grupal que permiten hacer intervenciones eficaces con un abordaje intersubjetivo.

Palabras Clave: *psicoterapia de grupo, proceso relacional, intersubjetividad, presencia, sintonía.*

Abstract

Groups allow participants to see with increased clarity that the quality of experience, of group atmosphere, and the history of events are not dependent on anybody in particular, but is instead the result of a co-construction. Placing an intersubjective focus in psychotherapy allows to deepen the psychotherapeutic process and to restore the injuries to the Self. Integrative Psychotherapy gives useful method to group psychotherapy work to make effective interventions with an intersubjective approach.

Keywords: *group psychotherapy, relational process, intersubjectivity, presence, attunement.*



Introducción: El paradigma intersubjetivo en psicoterapia de grupo

Los grupos permiten apreciar con claridad que la calidad de la experiencia, de la atmósfera grupal, y de la historia de los acontecimientos no dependen de nadie en particular sino más bien son el resultado de una construcción conjunta. Esto es observable tanto en los pequeños grupos como en los grandes, en los grupos terapéuticos y también a nivel social. Berne (1963, 1966) mostró la continuidad existente entre los pequeños grupos, los grupos de psicoterapia y las organizaciones sociales medianas y grandes y la forma en que comparten ciertos principios estructurales y funcionales especialmente lo que denominó los procesos interno y externo de grupo. Estas dinámicas son en parte el resultado de las confluencias temporales que se producen entre lo que Berne denominaba las “proclividades” individuales, esto es, los deseos inconscientes de los miembros, y, por otra, de la necesidad de supervivencia de los grupos.

En mi experiencia el paradigma intersubjetivo en psicoterapia individual y de grupo permite desplazar el foco del trabajo terapéutico de uno centrado en la resolución de conflictos conscientes o inconscientes a otro enfocado en la resolución de los trastornos del self. Así, frente a un Análisis “objetivo” del cliente, el abordaje intersubjetivo pone el acento en la dificultad del terapeuta para ser “neutro” y “objetivo” (Stolorow y Atwood, 1979, 2004; Atwood y Stolorow, 1984; De Young, 2003). No hay forma de separar el observador de lo observado. El papel del observador modifica el campo observado. Esto es algo que se acepta como una limitación incluso del método de conocimiento científico desde que el Premio Nobel de Física Erwin Schrodinger pusiera de manifiesto que el resultado de ciertos experimentos subatómicos viene determinado por la conciencia del observador que los registra (Greene, 1999).

El terapeuta en el mejor de los casos es un observador participante en el proceso terapéutico. Si no fuéramos conscientes de esto tenderíamos a tratar al cliente como una mente aislada sobre la que se emiten juicios de valor (Stolorow y Atwood, 1979, 2004; Atwood y Stolorow, 1984; De Young, 2003). Nos mantenemos en un nivel intersubjetivo cuando somos conscientes de nuestro rol como observadores participantes en el proceso del otro.

El enfoque intersubjetivo analiza los factores de la diada cliente-terapeuta que hacen de la relación terapéutica una co-construcción. Un proceso único e irrepetible más allá de las prescripciones canónicas de una escuela de psicoterapia. Este abordaje requiere que el terapeuta tenga en cuenta sus propias creencias de guion, su contratransferencia, y entienda como esto moviliza la propia transferencia del cliente. También que esté abierto a la resonancia con las vivencias del cliente para poder elaborar los estados preverbales que son evocados durante el proceso terapéutico.

La relación terapéutica que tiene lugar se construye conjuntamente y las características que adopta dependen estrechamente de las dos personas participantes en el proceso. Dado que sólo es posible el desarrollo del self en el contexto de

una relación (Erskine, 1991) será en la relación terapéutica donde el sujeto va a encontrar la oportunidad de hallar el vocabulario necesario para denominar y simbolizar las necesidades frustradas.

El conjunto de los métodos relacionales en Psicoterapia Integrativa es una guía de tratamiento intersubjetivo. Actualmente disponemos de un conjunto de métodos relacionales claros y precisos que hacen posible este trabajo de reestructuración del self, especialmente la sintonización e implicación del terapeuta junto a una indagación respetuosa sucesivamente enfocada sobre niveles cada vez más profundos de la experiencia. Por otra parte la aplicación de estos métodos al trabajo de grupo bajo la forma de Proceso Relacional de Grupo (Erskine, 2013) permite trasladar la dimensión intersubjetiva de la Psicoterapia Integrativa al trabajo de grupo tanto en psicoterapia como en docencia y supervisión.

Diferentes niveles relacionales en psicoterapia de grupo

¿Es posible la integración a solas? La experiencia muestra que es esencial la presencia de un otro para que se produzca. Es muy difícil que una persona pueda desandar por sí misma los hitos fragmentadores de su historia personal. También en psicoterapia la integración personal se produce gracias al otro. Por esta razón el grupo terapéutico es una matriz potencial donde las personas que están en condiciones de incorporarse pueden hacer un trabajo interpersonal integrador.

Si bien la presencia de otro es necesaria no es, sin embargo, suficiente. Ese otro ha de tener una actitud y una sintonía específica para que la integración sea posible. La propia relación terapéutica en el grupo ha de ser capaz de suministrar una respuesta a las necesidades de estimulación, reconocimiento y estructura del sujeto. Desde este punto de vista un grupo maduro es capaz de generar oportunidades terapéuticas para profundizar el autoconocimiento y la ampliación de la experiencia interna.

El terapeuta de grupo integrativo ha de facilitar el establecimiento de relaciones en el que den reconocimiento a cada sujeto y sus necesidades; que reestructuren los significados privados y la narrativa de sus problemas; una matriz relacional que a la vez sirva como un entorno estimular que responda a las experiencias corporales.

En consonancia en mi práctica clínica como terapeuta de grupo señalo al grupo la importancia de prestar atención a tres niveles relacionales en orden a facilitar la integración de cada individuo: la comunicación verbal consciente, la comunicación no verbal, y los aspectos no verbalizados de la experiencia que están continuamente presentes. En cada miembro del grupo es importante atender a todos ellos, sin embargo hay personas en los que unos son más importantes que otros y la actividad grupal ha de responder en consonancia.

En el primero de estos niveles trabajamos con las verbalizaciones conscientes del sujeto, con su demanda de ayuda mediada por sus creencias de guion y sus conflictos conscientes. La comunicación verbal es muy importante para facilitar la integración. Pero no lo es todo, y en algunos casos ni siquiera es lo más importante.

En el segundo nivel trabajamos con los aspectos inconscientes de la experiencia mediados a través de la expresión no verbal de emociones, que se expresan como transacciones cruzadas, ulteriores y rupturas del contacto. Es el nivel de la expresión de los conflictos intrapsíquicos inconscientes que, en momentos de estrés, se alivian y expresan mediante síntomas generalmente egodistónicos. Sin embargo, y en tanto los síntomas tienen el valor de mensajes simbólicos, estamos en el ámbito de una experiencia previamente verbalizada pero de la que el sujeto se ha desconectado mediante mecanismos de defensa. Es un nivel que se expresa en la relación terapéutica a través de la matriz transferencial contratransferencial (Erskine, 1991; Martínez y Fernández, 1991; Little, 2006, 2011; Martínez, 2013; Martínez y Fernández, 2013; Martínez y Martín 2015a, 2015b). Transferencialmente estos conflictos se expresan ante el otro como experiencias que conllevan mensajes infantiles dirigidos a un interlocutor arcaico específico y que expresan necesidades descubiertas que han sido reprimidas, escindidas o disociadas.

Tabla 1
Tres Niveles Relacionales en Psicoterapia de Grupo

Nivel	Sí mismo	El otro	Proceso	Resolución
Comunicación verbal consciente	Experiencia consciente	El otro del grupo como interlocutor	Elaboración de significados compartidos	Reescritura de la historia
Comunicación no verbal	Experiencia inconsciente	El otro del grupo como pantalla	Elaboración de la transferencia y la contratransferencia	Resolución de conflictos inconscientes
Experiencia no simbolizada	Experiencia corporal no simbolizada continuamente presente	El otro del grupo como espejo unificador y/o entorno estimular	Regulación de la experiencia	Reestructuración del Sí mismo nuclear

En el tercer nivel nos encontramos ante la experiencia no verbalizada del sujeto que se expresa como patrones procedimentales neurológicos de la vida de relación que fundamentan corporalmente la calidad de la experiencia en cada momento de la vida. La historia y el tiempo han sido sustituidos por configuraciones específicas de reactividad neuromuscular y vegetativa del sistema nervioso. Nos encontramos en un nivel previo a la experiencia intersubjetiva. La reparación de este nivel es posible a través de una respuesta grupal sintónica con las necesidades de niveles evolutivos preverbales y a través del trabajo corporal. Introducimos la experiencia intersubjetiva a través de la terapia.

Para que el trabajo terapéutico pueda acceder a niveles profundos y facilitar la integración de experiencias arcaicas es muy importante establecer una relación terapéutica que esté abierta a los tres niveles citados mediante las transacciones

empáticas (Clark, 1991) y llevando a la matriz grupal los métodos de la “KeyHole” u “Ojo de la Cerradura” bajo la forma de Proceso Relacional de Grupo (Erskine, 1988, 1989, 1993; Erskine y Trautmann, 1997; Erskine, 1998; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999; Moursund y Erskine, 2003; Erskine, 2013; Erskine, 2015).

Prestar atención a niveles relacionales e intersubjetivos está al servicio de la reconstrucción del self, además, y más allá, del análisis y resolución de los conflictos. Esto es así siempre que seamos conscientes de que la propia relación terapéutica en el grupo suministra una respuesta a las necesidades de estimulación, reconocimiento y estructura del sujeto.

La intersubjetividad en los grupos

Los estudios de Trevarthen muestran que la necesidad de apego de los bebés, así como la necesidad de compartir acciones y aprendizajes con sus figuras primarias de afecto, es el fundamento de los grupos sociales y de la motivación para construir una narrativa cultural que funciona como un “hogar” para la gente (Trevarthen, 1979, 2005, 2011). Este autor muestra que las teorías de la intersubjetividad forman la base para comprender la motivación rítmica para la camaradería a diferentes niveles de intimidad en los grupos sociales. Los grupos pueden sincronizar estados mentales subjetivos autorreguladores para compartir objetivos, intereses y sentimientos (Trevarthen, 2009). Esto ayuda a comprender las narrativas grupales, el aprendizaje cultural y la regulación grupal de las actitudes morales en una comunidad dada. La conexión de cerebros en estados mentales cooperativos o competitivos genera una especie de inteligencia conocida ahora como el “cerebro social” (Adolphs, 2003, 2006; Dunbar, 1998).

Por otra parte el Proceso Relacional de Grupo, que es una Terapia de Grupo Analítico Transaccional (Erskine, 2013) fundada en los principios filosóficos y teóricos de la Psicoterapia Integrativa, promueve el desarrollo de dinámicas intersubjetivas en el grupo. La aplicación con una visión intersubjetiva de la indagación, la sintonía y la implicación en el formato grupal genera nuevas oportunidades terapéuticas. Las intervenciones de los participantes en el grupo pueden generar un entorno intersubjetivo cuando éstos se hacen conscientes de que la experiencia grupal viene construida conjuntamente.

INTERSUBJETIVIDAD EN LOS GRUPOS DE PSICOTERAPIA

- “Quiero conocerte con mis preguntas. Además mis preguntas son para ti ya que tú puedes conocerte mejor con tus respuestas”.
- “Mis preguntas te hablan de mi. Puedes conocerme mejor a través de ellas”.
- “Lo que experimento contigo me ayuda a preguntarme por mi mismo”
- “Tu experiencia será potencialmente una llave que puede abrir mi inconsciente”.
- “Mi apertura será potencialmente una llave para ponerte en contacto con el tuyo”.
- “Juntos nos conoceremos mejor y podemos celebrar nuestra experiencia compartida”.

En ese momento se hace más claro que el deseo de los miembros de conocerse entre sí puede transformarse en una oportunidad de que cada uno se entienda a sí mismo mejor en el curso de la interacción con los demás y a través de las preguntas de los demás. En este caso el que las formula envía un mensaje al receptor: “Quiero conocerte con mis preguntas. Además mis preguntas son para ti mismo/a ya que tú puedes conocerte mejor con tus respuestas”.

Si consideramos las interacciones grupales desde un punto de vista intersubjetivo es probable que el receptor de esta indagación haya sido desde unos minutos antes un estímulo para el otro y su demanda. Puede que con su silencio, o con el contenido verbal de sus declaraciones, o a través de su comunicación no verbal haya estimulado un proceso interno en su compañero/a. De este proceso intrapsíquico surge una interrogación sobre el otro, que puede que inconscientemente sea una interrogación sobre sí. Así que en el proceso intersubjetivo el mensaje del que formula la indagación es: “A la vez mis preguntas te hablan de mí. Puedes conocerme mejor a través de ellas”. Por otra parte, la persona que da un feedback a la otra comunica algo así: “Lo que estoy experimentando contigo me ayuda a formularme preguntas sobre mi presente y mi pasado”.

La experiencia de los demás en el grupo es una llave que puede abrir áreas inconscientes que pertenecen a la historia rechazada o repudiada de algunos miembros. Por otra parte la elaboración consciente que alguien hace de su experiencia puede ser la llave que abra territorios ignotos en los demás a medida que se pone en contacto con aspectos olvidados, reprimidos, escindidos o disociados de su experiencia.

Es en la experiencia co-creada y compartida en el curso de la elaboración que cada Sí mismo individual tiene la oportunidad de ser reconocido, validado, restaurado y celebrado, una celebración en la que se da la bienvenida a parte de sí en la matriz grupal.

La tarea del terapeuta de ser sensible a la vulnerabilidad individual y la detección de los puntos en que los pacientes están en riesgo de sentir vergüenza, humillación o fragmentación, se acrecienta en grupo (Martínez, 2001). Esta sintonía ha de ser con cada individuo y con el grupo en su totalidad. Sin embargo en grupo se producen rupturas inevitables de la empatía. Livingston y Livingston (1998) han mostrado los factores que dificultan mantener una posición empática en el grupo. En efecto, en ocasiones dos pacientes necesitan expresarse, ser escuchados y validados a la vez. En otras ocasiones el grupo en su totalidad se siente amenazado por la incorporación de un paciente violento y le rechaza.

Especialmente en el caso de los pacientes que realizan proyecciones paranoides, como vamos a ver en el caso que sigue, el grupo reacciona agresivamente en un intento de exclusión (Martínez, 2001). Sin embargo esta exclusión que se genera como medida de protección del grupo ante la admisión de personas con trastornos delirantes fomenta la ideación paranoide del sujeto excluido.

H tiene 31 años y es transportista. Su mujer, embarazada en la actualidad, le ha planteado recientemente una amenaza de divorcio. Ha sido ingresado en nuestro Hospital por orden judicial presentando una psicosis tóxica por cocaína con delirios de persecución. Tiene la sensación vaga de que es objeto de un complot. Se siente rodeado de gente que le espía, sin saber muy bien la razón. En el momento del ingreso venía acompañado por varios policías que le contenían. Llevaba dos días en un estado de agitación psicomotriz prácticamente incontrolable. En el Servicio de Urgencias se enfrenta con el psiquiatra que se encarga de la admisión. Le insulta, le amenaza personalmente y se niega a tomar ninguna medicación tranquilizante. Al día siguiente por la mañana continúa delirante y amenaza al psiquiatra encargado de su tratamiento y a otros miembros del personal. En esta escalada de violencia el equipo duda si incluirle o no en el grupo terapéutico que se realiza diariamente en la Unidad de Atención en Crisis. El grupo es la primera de las actividades terapéuticas en las que participan las personas admitidas en la Unidad y el trabajo durante la sesión está dirigido a ofrecer un entorno seguro que le facilite la transición desde el entorno de procedencia (Martínez, Quiroga, Pérez et al., 1997). Los grupos de psicoterapia en las Unidades de agudos cumplen un papel fundamental para reducir el impacto de los factores potencialmente estresantes asociados a la hospitalización y a la situación de crisis en la que ingresan los pacientes, constituyéndose como un factor protector y necesario para disminuir la ansiedad de los pacientes y disminuir las proyecciones paranoides que están en la base de muchas actuaciones violentas (Martínez, 1997; Martín y Martínez, 2009). El terapeuta decide invitarle. Él acepta.

Se sienta al lado de la puerta. El grupo lo forman otras 12 personas más. Todas ellas han sufrido alguno de los efectos de la violencia, la humillación y la vergüenza en sus vidas de una manera o de otra, unos de una forma más o menos dramática, otros de forma crónica y encubierta y otros en su infancia bajo la forma de traumas acumulativos.

Al inicio de la sesión R se erige en líder del grupo intentando paralizar la dinámica y convertir la sesión en un juicio dirigido contra el recién llegado: “Hoy pido hacer una sesión especial, ya que han pasado cosas muy graves...”. Explica que la tarde y noche anteriores H ha insultado gravemente a las personas ingresadas en la Unidad. Hablando por ellos explica vehementemente que han sido tratados como “escoria”, por “ese sujeto”. R es un médico de 54 años, con rasgos de desconfianza prominente que desde hace 15 años vagabundea de ciudad en ciudad sin consolidar relaciones estables. Tiene facilidad para sentirse insultado, despreciado o acusado.

H responde de forma defensiva criticando y amenazando durante la sesión a R: “¿Usted quién es para decir lo que yo debo hacer? ¿Usted que sabe?”. “Yo lo único que digo es que este no es mi sitio y que me quiero ir”. La tensión en el grupo crece. R insiste más vehementemente en pedir que no se admita ni en el grupo, ni siquiera en la Unidad a H. Insta a “los perjudicados” a confirmar sus apreciaciones. “En esta Unidad somos una familia unida en el dolor y nos apoyamos mutuamente.

Él ha venido a destruirnos. Va a destruir la Unidad si le dejamos”

El terapeuta recuerda las reglas del grupo: expresar pero no actuar la rabia, respetarse mutuamente, escuchar y no interrumpir a quien expone sus experiencias como elementos imprescindibles para que el trabajo del grupo pueda ser posible. “Va a ser bueno para este grupo el dar cabida a los sentimientos y la experiencia de todos los que estamos aquí sin descontar nada ni a nadie”.

Con su silencio el grupo apoya las intervenciones de R, que se ha erigido en representante de las fuerzas excluyentes del colectivo. En realidad H el día anterior se comportó de forma grosera y despectiva con algunos pacientes y el resultado ha sido que en el día de la sesión el grupo reaccione de una forma tan excluyente. Entre las personas afectadas que hoy expresan su rechazo se encuentra I, una mujer de 49 años que lleva viviendo 25 con un marido desconfiado y celoso. También está M, que experimenta la indiferencia y la humillación de su esposo, que se siente como “un bicho raro” y teme ser considerada “la loca” en su comunidad. L ha sufrido malos tratos por parte de su pareja desde hace 10 años. Otra persona en el grupo es F, una mujer de 35 años que experimenta los reproches de sus alucinaciones auditivas que la amenazan si revela sus vivencias a sus compañeros. La mayor parte de los otros miembros del grupo también ha sufrido la humillación y la vergüenza en diversos contextos.

Con su comportamiento tanto en la Unidad de Hospitalización como en el grupo, H se encuentra repitiendo una situación bien conocida para él que es la de la exclusión: se encuentra excluido del ámbito de la toma de decisiones importantes en su familia de origen y en su familia propia, se ve acusado de dañar a los demás con sus actuaciones, criticado y vigilado y ahora conducido al Hospital en contra de su voluntad. Su incorporación al grupo pone a sus compañeros en riesgo de conectar con los abusos sufridos en sus vidas propias.

A lo largo de la tumultuosa sesión, el terapeuta intenta dar cabida, reconocer y validar tanto la indignación de los miembros del grupo como los sentimientos de rechazo que experimenta el recién llegado. Realiza intervenciones de reconocimiento de la experiencia de H: “Siento que esté aquí en contra de su voluntad. Debe ser una situación muy difícil el haber sido traído a la fuerza”. La tensión de H disminuye visiblemente cuando se contempla un lado de su experiencia que no está siendo tenido en cuenta por el grupo. La disminución de su tensión interna alivia el temor del grupo, que disminuye entonces su oposición al recién llegado. Al final de la sesión H pide disculpas al grupo por su comportamiento. El terapeuta a su vez valida la experiencia de R: “Quizá algo muy importante se está movilizándose dentro de usted...”.

Conclusión

En la medida en la que el proceso relacional de grupo consigue ofrecer un espacio de acogida el sujeto va a tener una experiencia contenedora para dar un lugar a sus síntomas en su mundo interno y ganar en integración interna (Martín y

Martínez, 2009). El apoyo genuino mostrado a través de la comprensión, aceptación y reconocimiento al paciente, la validación y normalización de sus patrones comportamentales y la sintonía y presencia mutua de los miembros del grupo y del terapeuta es la herramienta más potente para disminuir la angustia asociada a la fragmentación.

Referencias bibliográficas

- Adolphs, R. (2003). Investigating the cognitive neuroscience of social behavior. *Neuropsychologia*, 41(2), 119–126.
- Adolphs, R. (2006). The social brain. *Engineering and Science*, 1, 13–19.
- Atwood G. E. y Stolorow R. D. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Berne, E. (1963). *The Structure and Dynamics of Organisations and Groups*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. Nueva York, NY: Grove Press. Versión castellana: *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 10ª Edición [1.983].
- Clark, B. D. (1991). Empathic transactions in the deconfusion of Child ego states. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 92-98.
- De Young P. (2003). *Relational Psychotherapy*. Nueva York, NY: Brunner-Routledge.
- Dunbar, R. I. M. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews*, 6 (5), 178–190.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988). *Integrative Psychotherapy in action*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Erskine R. G. (1989). A relationship therapy: developmental perspectives. En: B. R. Loria (Ed.), *Developmental theories and the clinical process: Conference proceedings of the Eastern Regional Transactional Analysis Conference* (pp. 123-135). Madison, WI: Omnipress.
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76.
- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-190.
- Erskine R. G. y Trautmann, R. L. (1997). *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles*. San Francisco, CA: TA Press.
- Erskine R.G. (1998). The therapeutic relationship: integrating motivation and personality theories. *Transactional Analysis Journal*, 28(2), 132-141.
- Erskine R. G., Moursund J. P., Trautmann R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Nueva York, NY: Routledge.
- Erskine, R. G. (2013). Relational Group Process. Developments in a Transactional Analysis Model of Group Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal* 43(4), 262-275.
- Erskine, R. G. (2015). *Relational patterns, therapeutic presence*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Little R. (2006). Treatment considerations when working with pathological narcissism. *Transactional Analysis Journal*, 36(4), 303-317.
- Little, R. (2011). Impasse Clarification Within the Transference Countertransference Matrix. *Transactional Analysis Journal*, 41(1), 22-38.
- Livingston, M. S. y Livingston, L. R. (1998): Conflict and Agression in Group Psychotherapy: A SelfPsychological Vantage Point. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(3), 381-391.
- Martín, B. y Martínez, J. M. (2009). Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), 79-96.
- Martínez, J. M. (2001). El Miedo, las Proyecciones Paranoideas y la Violencia en los Grupos de Pacientes en Crisis. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 19, 89-102.
- Martínez, J. M. (2013). Transferencia y contratransferencia en los Trastornos de la Personalidad. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 43-60.

- Martínez, J. M. y Fernández, B. (1991). Análisis Estructural y Transferencia en los Trastornos Límite. *Revista Española de Análisis Transaccional*, 27, 1082-1099.
- Martínez, J. M. y Fernández, B. (2013). Tres psicodinamias en los intentos de suicidio. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 61-76.
- Martínez, J. M. y Martín, B. (2015a). Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte I. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 19-35.
- Martínez, J. M. y Martín, B. (2015b). Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte II. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 587-606.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole - Thomson/Wadsworth.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1979). *Faces in a Cloud. Intersubjectivity in Personality Theory*. New Jersey: Jason Aronson.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human Communication* (pp. 321-347). Londres, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (2005). Stepping away from the mirror: Pride and shame in adventures of companionship. Reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity. En C. S. Carter, L. Ahnert, et al. (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis, (Dahlem Workshop Report 92)*, (pp. 55-84). Cambridge, MA: MIT Press.
- Trevarthen, C. (2009). Human biochronology: On the source and functions of "musicality." In R. Haas & V. Brandes (Eds.), *Music that works: Contributions of biology, neurophysiology, psychology, sociology, medicine and musicology* (pp. 221-265). Nueva York, NY: Springer.
- Trevarthen, C. (2011). La Psicobiología Intersubjetiva del Significado Humano: El aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 17-33.

INDICE GENERAL AÑO 2016

Nº 103 *MINDFULNESS* Y PSICOTERAPIA 10 AÑOS DESPUÉS (2006-2016)

Mindfulness and Psychotherapy 10 Years After (2006-2016)

EDITORIAL: *MINDFULNESS* Y PSICOTERAPIA. 10 AÑOS DESPUÉS (2006-2016)
Vicente Simón

INTERVENCIONES BASADAS EN *MINDFULNESS*: TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS SUPERVIVIENTES DE TRAUMA

Beatriz Rodríguez Vega, Carmen Bayón Pérez y Alberto Fernández Liria

INTERVENCIONES BASADAS EN *MINDFULNESS* PARA EL DOLOR CRÓNICO

Ángela Palao Tarrero y Beatriz Rodríguez Vega

MINDFULNESS EN LA PSICOSIS: UN ESTUDIO PILOTO

María Teresa Miró, Joaquín Arceo e Ignacio Ibáñez

TERAPIA DE COMPASIÓN BASADA EN LOS ESTILOS DE APEGO

Javier García Campayo, Mayte Navarro, Marta Modrego, Héctor Morillo y Marta Correa

MBCT (*MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY*): ORIGEN, ALCANCE Y EFICACIA

Estrella Fernández

EFFECTOS Y PARTICULARIDADES DEL USO DEL *MINDFULNESS* EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Matilde Elices, Cristina Carmona, Ana Martín-Blanco, Juan Carlos Pascual y Joaquim Soler.

ENSEÑAR *MINDFULNESS*: CONTEXTOS DE INSTRUCCIÓN Y PEDAGOGÍA

Ausiàs Cebolla y Daniel Campos

CAMBIOS TERAPÉUTICOS DE ESTILO DE VIDA (CTEV) Y *MINDFULNESS* EN EL ÁMBITO PSICOTERAPÉUTICO

David Alvear Morón

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN *MINDFULNESS* BASADO EN PRÁCTICAS BREVES INTEGRADAS (M-PBI)

Marcial Arredondo, Pilar Hurtado, Montserrat Sabaté, Carla Uriarte y Luis Botella

ESTUDIO PILOTO DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN *MINDFULNESS* BASADO EN PRÁCTICAS BREVES INTEGRADAS (M-PBI)

Marcial Arredondo, Montserrat Sabaté, Luis Botella, Lesly M. Acosta y Pilar Hurtado

AUTOCOMPASIÓN EN PSICOTERAPIA Y EL PROGRAMA *MINDFUL SELF COMPASSION*: ¿HACIA LAS TERAPIAS DE CUARTA GENERACIÓN?

Marta Alonso y Christopher K. Germer.

EL *MINDFULNESS* EN SU CONTEXTO: LOGROS Y RETOS DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BASADAS EN *MINDFULNESS* DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOTERAPÉUTICA, CONSTRUCTIVISTA, RELACIONAL E INTEGRADORA

Luis Botella y Cristina Riera

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

ENTRENAMIENTO EN *MINDFULNESS* PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA

Eduard Forcadell López, Mònica Astals Vizcaino, Devi Treen Calvo, Jacobo Chamorro López y Santiago Battle Vila

BURNOUT Y AUTOCONCEPTO EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS

María Emilia Oñate, Santiago Resett, María Soledad Menghi y María Fabiola Iglesia

EFFECTIVIDAD DEL MBCT PARA EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Robmarie López-Soto y Domingo Marqués-Reyes

ACTUALIZACIÓN EN TORNO A LA EMOCIÓN EXPRESADA: CONSIDERACIONES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS Y PRÁCTICAS

Cristina Medina-Pradas

APLICACIÓN DE LA REFORMULACIÓN ALEMANA DEL MÉTODO DEL TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT-LU) PARA LA EVALUACIÓN DEL CAMBIO EN UN CASO DE DUELO POR PÉRDIDA DE LA PAREJA

Moraima G. García Mantilla y Alejandro Ávila-Espada

Nº 104 FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA

Case Formulation in Psychotherapy

EDITORIAL: FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA

Adrián Montesano y Ciro Caro

UNA MIRADA A LA FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA: INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL Y PERSPECTIVA DE FUTURO

Ciro Caro y Adrián Montesano

FORMULACIÓN DE CASO EN TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: DEL TRABAJO CON MARCADORES Y LA FACILITACIÓN DEL PROCESO, A LA CO-CREACIÓN DE UN FOCO TERAPÉUTICO

Rohnda N. Goldman, Leslie S. Greenberg y Ciro Caro

¿QUÉ ES UNA FORMULACIÓN DE CASO BASADA EN LA EVIDENCIA?

Tracy D. Eells

EL DIAGRAMA CIRCULAR EN TERAPIA DE PAREJA: UN MAPA RELACIONAL PARA GUIAR EL PROCESO TERAPÉUTICO

Adrián Montesano

CÓMO LIDIAR CON LA AMBIVALENCIA EN PSICOTERAPIA: UN MODELO CONCEPTUAL PARA LA FORMULACIÓN DE CASO

João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga y António P. Ribeiro

LA FORMULACIÓN DE CASO EN SUPERVISIÓN CLÍNICA: PROCESO COLABORATIVO APOYADO POR MAPAS CONCEPTUALES

Marcela Paz González-Brignardello

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

HOW TO DEAL WITH AMBIVALENCE IN PSYCHOTHERAPY: A CONCEPTUAL MODEL FOR CASE FORMULATION

João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga, António P. Ribeiro

WHAT IS AN EVIDENCE-BASED CASE FORMULATION?

Tracy D. Eells

APORTACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO AL TRABAJO CON MADRES Y PADRES DE NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS EN SALUD MENTAL: EXPERIENCIAS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

Mónica Díaz de Neira Hernando, Carmen Vidal Mariño, Susana González Rueda y Pedro Gutiérrez Recacha

DUELOS FAMILIARES O COLECTIVOS. DISEÑO DE UNA ESCALA DE ACTITUDES HACIA LOS NIÑOS EN PROCESOS DE DUELO

Marta Villaceros Durbán, José Carlos Bermejo Higuera y Marisa Magaña Loarte

INTEGRACIÓN DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y REPRODUCTIVO CON LA PSICOTERAPIA: REFLEXIONES A TRAVÉS DE UN CASO

Eugènia Monrós y Assumpta Junyent

DESAFÍOS ÉTICOS EN PSICOTERAPIA. PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS Y PACIENTES

M. Luz Bascuñán

PROBLEM SOLVING BRIEF THERAPY: A CASE CONDUCTED BY JOHN WEAKLAND

Eduard Carratalà, Anna Vilaregut, Karin Schlanger y Cristina Günther

LA ALIANZA TERAPEUTICA EN LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA CON PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Estudio de caso

Silvia Barnet-Lopez, Meritxell Pacheco, Heidrun Panhofer, Peter Zelaskowski, Susana Pérez-Testor y Myriam Guerra-Balic

Nº 105 UNA PERSPECTIVA CLÍNICA DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

A Clinical Perspective from the Integrative Psychotherapy

EDITORIAL: UNA PERSPECTIVA CLÍNICA DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Mar Gómez Masana

ENTRE DOS MUNDOS: EL SELF ENCAPSULADO

Marye O'Reilly-Knapp

EL PROCESO RELACIONAL DE LA RABIA DESDE UNA PERSPECTIVA PERSONAL. "TE ODO PORQUE TE NECESITO"

Angela Burper

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN INTERVENCIÓN CON FAMILIARES EN DUELO POR SUICIDIO

Yarima Etxeberria Ibáñez

LOS FALLOS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA, ¿INEVITABLES Y NECESARIOS?

Paul G. Guistolise

LOS HILOS SILENTES: TRABAJANDO CON LA INTROYECCIÓN

Amaia Mauriz Etxabe

LA VERDAD OS HARÁ LIBRES: LA EXPRESIÓN DE UN HONESTO "ADIÓS" ANTES DE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO

Richard G. Erskine

PROCESO RELACIONAL DE GRUPO E INTERSUBJETIVIDAD: LA PRESENCIA Y LA SINTONÍA COMO FACTORES TERAPÉUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

José Manuel Martínez Rodríguez

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE EVENTOS SIGNIFICATIVOS EN PSICOTERAPIA MEDIANTE ANÁLISIS DE TAREAS

José L. Benítez-Ortega y Miguel Garrido-Fernández

CORPORALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO: LA DISPOSICIÓN RELACIONAL EN PSICOTERAPIA

José Oriol Rojas Matín

LA RESILIENCIA EN LOS CONTEXTOS DE REFUGIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Iciar Villaceros Durbán



INTERNATIONAL

Integrative Psychotherapy Association

THE HEALING RELATIONSHIP BODY, MIND AND SPIRIT

join us for the

8° INTERNATIONAL I.I.P.A. CONFERENCE

23/25 March 2017

Milan, Italy | Convention Center Palazzo Stelline

for information : www.integrativeassociation.com

REVIEW OF TASK ANALYSIS RESEARCH OF SIGNIFICANT EVENTS IN PSYCHOTHERAPY

REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE EVENTOS SIGNIFICATIVOS EN PSICOTERAPIA MEDIANTE ANÁLISIS DE TAREAS

José L. Benítez-Ortega

Servicio Andaluz de Salud, SAS

Miguel Garrido-Fernández

Universidad de Sevilla, España

This article was published in Spanish. This is the English version.

Link to the Spanish version: (<http://revistadepsicoterapia.com/rp100-11.html>).

How to reference this article:

Benítez-Ortega, B.-O. y Garrido-Fernández, M. (2015). Revisión de la investigación de Eventos Significativos en Psicoterapia mediante Análisis de Tareas [Review of Task Analysis Research of Significant Events in Psychotherapy]. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159-184.

Abstract

Task analysis is a process and outcome research method in psychotherapy proposed by Greenberg (1975). This method is intended to a) check the efficacy of a specific technique as applied to a certain in-session event; b) clarify the elements and the process that makes such an intervention effective; c) assess how much the solution of that event contributes to the overall treatment success. The task-analyzed interventions are described at a micro-process level, which facilitates reliable training and the practice of effective techniques applied to a wide range of key events of the psychotherapeutic process. GOAL: To compile and organize all tasks analyzed to date in order to facilitate access to this training and practice resource. METHOD: Literature review of task analysis research programs carried out to date. RESULTS: Thirty-seven task analysis research programs analyzing significant events from the perspective of several psychotherapy models and settings were found. Only five of these have been completed to date, but twenty-six have produced effective intervention models. CONCLUSIONS: Although task analysis is a very expensive psychotherapy research method, it generates highly valuable resources for practice and training in psychotherapy. Every task analysis which has completed the discovery phase produce a refined and empirically supported intervention model.

Keywords: *task analysis, psychotherapy process, change, psychotherapy training*

Received: August 25, 2016. Accepted: September 15, 2016.

Correspondence:

E-mail: josel.benitez.ortega.sspa@juntadeandalucia.es

Postal address: C/ Castilla, 2, bajo C. 41010 Sevilla, España

© 2016 Revista de Psicoterapia



Resumen

El análisis de tareas es un método de investigación de procesos y resultados en Psicoterapia propuesto por Greenberg (1975). Este método pretende a) comprobar si una técnica específica es eficaz para la resolución de un evento determinado intra-sesión, b) esclarecer los elementos y el proceso mediante los que esa intervención es eficaz, y c) evaluar en qué medida la resolución de ese evento contribuye al éxito final del tratamiento. Las intervenciones investigadas quedan descritas a un nivel de micro-procesos, lo que facilita mucho la formación de psicoterapeutas en la aplicación fiable de las mismas para la resolución en una amplia gama de eventos clave del proceso psicoterapéutico. Sin embargo, el conjunto de conocimientos generado mediante este método es de difícil acceso por su dispersión. OBJETIVO: Compilar y organizar los análisis de tareas realizados hasta ahora para facilitar el acceso a este recurso formativo y práctico en psicoterapia. MÉTODO: Revisión bibliográfica de los programas de investigación mediante análisis de tareas realizados hasta febrero de 2015. RESULTADOS: Se identifican treinta y siete líneas de investigación mediante análisis de tareas que se dan en diversos modelos y encuadres de psicoterapia. De ellos, solo cinco se han completado, pero veintiséis han generado modelos de intervención manualizados cuya eficacia cuenta con respaldo empírico. CONCLUSIONES: El análisis de tareas es un método de investigación en Psicoterapia muy costoso pero que genera un conocimiento sobre el proceso terapéutico que resulta valioso para la práctica y la formación en psicoterapia, incluso en el caso de aquellos análisis que no se han completado pero que sí han satisfecho la primera de sus dos fases, la fase de descubrimiento.

Palabras clave: *Análisis de tareas, procesos en psicoterapia, cambio, formación en psicoterapia.*

INTRODUCTION

Task analysis as a research method for significant events in psychotherapy

The history of Psychotherapy¹ is generally summarized in two research paradigms, *process* and *outcome*, both of which appear in approximately the same period (Caro, 2004; Orlinsky & Russell, 1994). While outcome research has traditionally received the most attention, as it validates the benefits of psychotherapy, there are a series of questions associated with the processes behind therapeutic change that this type of research cannot answer.

Research in Psychotherapy should also provide answers to the following questions: How does psychotherapeutic change occur? At what moment of the interaction between client and psychotherapist is it most likely this change will occur? What kind of change is possible for the client at any given time over the course of treatment? How is it possible to know when the moment has arrived? What intervention is most likely to facilitate this change?

Task analysis (TA) is a research method to analyze processes and outcomes in Psychotherapy that was designed to respond to these questions. More specifically, Greenberg (1975, 1986, 1991, 1999, 2007; Rice & Greenberg, 1984) conceived of TA in order to research in-session problematic events. For Greenberg, research in Psychotherapy cannot be reduced to testing its efficacy; instead, it is also necessary to shed light on its processes, that is, to understand how it achieves efficacy. TA stems from grouping different research methods in Psychotherapy; when combined in a coherent way, this allows processes and outcomes to be studied within a single line of research (Pascual-Leone, Greenberg, & Pascual-Leone, 2009). The goal of TA is to a) determine whether a specific technique or intervention successfully resolves a specific in-session event; b) define the fundamental aspects and the process that makes this intervention effective; and c) assess how the resolution of the event contributes to the overall success of treatment.

Description of the task analysis method

TA is not a method that can be conducted in a single study. Instead, it should be approached as a research program (Greenberg, 1991) that can take approximately ten years to complete. In addition, a TA will require multiple studies in order to advance through the sequence of steps the analysis requires. Greenberg (2007) has described these steps in details but we will briefly summarize them here.

Discovery-oriented phase (steps 1-6)

1. *Specifying the task.* The first step occurs when the researcher, based on her own experience as a practicing psychotherapist or that of others, becomes interested in finding the most efficacious intervention for therapeutic success in response to a set of client behaviors that repeat over the course of treatment and which appear to indicate a concrete obstacle to the general process of change. Through observation,

which will initially be intuitive and loosely structured, the researcher will have to identify the explicit client behaviors that constitute markers of this obstacle and, on the other hand, indicators that the client is willing to get actively involved in an intervention aimed at resolving it (Rice & Saperia, 1984). These markers will indicate that the time is right for the intervention to take place during that very session. These must be explicit and observable behaviors that different observers can identify in a reliable way.

2. *Explicating the clinician/investigator's cognitive map.* This step consists of explaining the theoretical principles of the psychotherapy model that the psychotherapist works with.

3. *Specifying the task environment.* The goal here is to describe the intervention the psychotherapist has chosen or designed for the problematic event in question. An intervention manual will be developed to describe the components of the intervention and the application procedure. This manual will be indispensable in the next steps of TA in which different psychotherapists intervene to evaluate how effectively this technique resolves the problematic event. Before moving to the next step, it is also necessary for the investigator to have enough signs of the effectiveness of this intervention for the task at hand. If there are not enough of these signs, a preliminary empirical study or pilot study should be done beforehand; otherwise, it is better not to embark upon a complex investigation of processes when there are doubts as to the effectiveness of the intervention.

4. *Constructing a rational theoretical model.* This step involves conjecturing what it is we believe will happen once the therapist detects an opportunity to intervene in response to a change event and undertake an intervention. A diagram will be drawn that contemplates the most likely alternatives for client-therapist interaction. This step can be conceived of as a sort of "thought experiment" on applying the intervention and its consequences before beginning the empirical study.

5. *Analysis of empirical tasks.* This involves a detailed description of actual performances of the task in which the event was successfully resolved in order to describe its essential components. These components consist of the client behaviors that mark the appearance of the event and the opportunity to intervene; the sequence of behaviors of the psychotherapist and client (their interaction) that characterizes the intervention; and the final outcome of the significant problematic event. This description is based on the observation (audio and video recording) of two groups of tasks applied in actual cases. One group will be comprised of the tasks applied successfully, that is, cases in which the problematic event was resolved. The second group will be made up of cases in which the same intervention was applied in the same task but the problematic event was not resolved. This comparison between resolved and unresolved tasks is what allows us to define the essential components of an effective intervention.

In this step, it is also necessary to come up with reliable measurement

instruments for the essential components of each task. These instruments are generally going to be systems (scales) of structured observation or self-reporting tools administered to clients and psychotherapists before and/or after the recorded session.

6. *Comparing the rational and empirical models.* With the empirical data created in Step 5, the researcher can “refine” the task model rationally drafted in Step 4. In other words, the researcher will adjust the initial theoretical model to the actual way the successfully resolved tasks develop. The result will be a rational-empirical model of the task that specifies: a) what markers –in the client’s behavior and in the context of the interaction with the therapist– indicate that there is an opportunity to facilitate a concrete change, b) what type of intervention is most appropriate in this case, c) what essential components the intervention should include to actually induce change, d) how to measure the occurrence or magnitude of these components, and e) what markers of client behavior will indicate that the change has actually occurred.

Steps 4, 5 and 6 must be repeated in order as many times as necessary to develop a model that accurately reflects the process by which the event in question is efficiently resolved in the therapeutic context.

Greenberg (2007) refers to these six initial steps of the TA research sequence as the *discovery phase* because its main goal is not to prove something but to gather the information needed to discover a reliable model of the process of the task in question.

7. *Explaining the model: theoretical analysis.* In this step, there is a shift in the way client processes are explained from a descriptive to a causal or explanatory level. Once it is clear what processes are behind the change achieved in a given event, the investigator must explain them, that is, formulate a theory on how the intervention leads to change.

Validation-oriented phase (Steps 8 and 9)

The two remaining steps are the *verification* or *validation phase*, in which the task model’s validity is checked in relation to the outcomes or efficacy of the general therapeutic model.

8. *Validation of the model components (the generalizability of the model).* This step aims to determine whether the efficacy of the model drafted is generalizable to other cases. The researcher must now record and again measure the task’s performance among a sufficient number of clients in treatments carried out by a sufficient number of psychotherapists. The goal is to compare the way tasks occur in both resolved and unresolved events in order to confirm that the resolved events correspond to the theoretical model drafted in step 6 while the unresolved tasks do not. In this case, the model is validated. Unlike what occurred in Step 5, where it was not necessary to test the efficacy of an intervention analyzed with a sufficiently broad sample of cases, here, in the validation phase, statistical comparison tests are

necessary to determine whether the model that Step 6 yielded is capable of predicting what type of client and psychotherapist behaviors will lead to the event's resolution in the task context in question. In this regard, it will not only be necessary to establish a sufficient number of clients to obtain valid and generalizable data: it will also be essential to identify a sufficient number of psychotherapists who carry out the task in question with different clients.

9. *Relating the process with the outcomes.* It is necessary to evaluate whether short-term change—within a session—are associated with long-term changes. If this is the case, the clients who adequately resolved the task in question should receive higher scores on general treatment efficacy measures (reduction of symptoms, greater functional capacity and adaptations, increased psychological wellbeing, etc.) than those who did not adequately resolve the task.

Differential and defining characteristics of task analysis as a research method in Psychotherapy

Greenberg designed this research paradigm in an attempt to overcome different limitations encountered in process and outcome-oriented research in Psychotherapy. In this regard, some of the defining characteristics of TA that we refer to below can be understood as advantages over other traditional Psychotherapy research methods.

1. *Psychotherapy* [i.e. the psychotherapeutic process] *can be broken down into a series of events or episodes, the resolution of which advance the course of therapy and lead to change.* (Greenberg, 1991; Rice & Greenberg, 1984).

2. *Process diagnosis* (Greenberg, 1991). The therapeutic events mentioned above must be defined in a way that allows them to be reliably identified (process diagnosis, which differs from clinical diagnosis) when they appear over the course of therapy.

3. *Bear in mind that the context in which client and psychotherapist behavior occurs in-session in order to truly understand the meaning of these behaviors.* This context will depend on the following parameters: an adequate therapeutic relationship between therapist and client, and the client showing explicit and measurable signs of being in a psychological situation that constitutes an opportunity for change which can materialize if the technique in question is used.

4. *Consider multiple parameters of behavior variability that reflect different dimensions of meaning.* Behavior is a highly complex phenomenon. If we want to ensure that the set of behaviors we are investigating is truly homogenous, we need to check that all its variability parameters coincide. If only some of these parameters coincide, then we may be dealing with behaviors with very different meanings and functions. Valsiner (1995) agrees with Greenberg in this regard.

5. *Questioning the research through randomized trials and the use of control groups to obtain evidence on which interventions successfully produce therapeutic change* (Greenberg, 1991). For different reasons, the client can often participate in the application of the technique as a witness or outsider who remains distant from

the intervention and thus impermeable to its effects. For this reason, in randomized controlled trials on the efficacy of psychotherapeutic interventions, it is very likely that the data obtained in the experimental group will not evidence the therapeutic potential of the intervention in question. Since the investigator must be able to measure how the client is actually involved in the process of the intervention, the methodological strategy to be followed would differ from that of the randomized controlled trials. Instead, the interaction process between client and psychotherapist in cases in which the client demonstrates a therapeutic change as an outcome of the intervention should be compared with other cases in which the client does not reveal any change. This allows the investigator to establish not only whether the intervention in question does or does not produce change but also whether the components of the interaction between the client and therapist are essential to obtaining the therapeutic effect associated with the intervention.

6. *Place more emphasis on a rational/observational methodology* with respect to the refutation stage or the statistic hypothesis test; the latter has been receiving too much attention, as if it alone were responsible for elaborating scientific knowledge (Greenberg & Newman, 1996; Greenberg, 1991).

7. *Comparing the results of the process research with the findings of the outcome research* to assess whether the processes in fact contribute to the outcomes.

Usefulness of task analysis for Psychotherapy integration

In addition to the advantages of TA over other research methods in Psychotherapy presented by the author, we would like to add another one that we believe is important. Although TA was designed by clinicians/investigators clearly affiliated with a specific school of psychology, emotion-focused therapy, this research method itself does not belong to any one model or school of psychotherapy. On the contrary, it has a transtheoretical position with respect to different models. The language employed in TA utilizes concepts that belong exclusively to the realm of scientific methodology (rational analysis, empirical analysis, observation, validation, etc.) and of process analysis (tasks, events, interventions, interaction, etc.). This method can be used to research change events and psychotherapy techniques in any model. The development of specific intervention models for the resolution of different events or tasks derived from different psychotherapy models or schools can be one of the best paths towards integration in psychotherapy (Rice & Saperia, 1984). The goal of this type of research is not to utilize research results to argue why some models are better than others but to contribute to Psychotherapy integration through technical integration, following the different paths to Psychotherapy integration described by Arkowitz (1991).

Limitations of Task Analysis

The principal limitation of TA as a research method was mentioned earlier: the enormous amount of time and effort it requires (Elliott, 2010). A complete TA can

take over a decade of research (Greenberg, 1991). As a result, few researchers are able to commit to research projects of this kind (Pascual-Leone, Greenberg, & Pascual-Leone, 2009) in spite of the fact that its objective—revealing the processes that can bring about psychotherapeutic change and relating these processes with the treatment's final outcome—represent the ultimate goal of Psychotherapy research.

On the other hand, based on the way it is currently formulated, TA is not a process research method apt for certain concrete types of significant change events. TA is useful for researching events that are troubling or egodystonic for the client and emerge in session, but not all of the problems or disorders that lead a person to seek psychotherapy will necessarily occur in session at some point during treatment. For example, the obsessive ideas or compulsive rituals that often plague patients suffering from obsessive-compulsive disorders in their everyday lives may well not occur in the context of the psychotherapy session. For any change processes that cannot be activated in session, TA is not the right research method. (This limitation in relation to this type of events is not exclusive to TA; it applies to any type of process-based research method centered on the in-session context). In this regard, it is important to note that while certain models of psychotherapy “wait” for problematic events to spontaneously emerge in the session before intervening, others—such as emotion-focused therapy—actively work to evoke these client events or egodystonic experiences (emotions) in session in order to intervene. TA is the most adequate research method to research the processes corresponding to this second type of psychotherapy models.

In the general therapeutic process, the resolution of certain tasks requires a cumulative process, even when the right techniques are used to approach them. In such cases, the same intervention must be persistently applied over several sessions (Diamond & Diamond, 2002). For this type of change events or psychotherapeutic tasks that cannot be successfully resolved in a single session, the limitations of TA become clear.

Reviewing task analysis research of significant events in Psychotherapy: An opportune moment

Forty years have passed since TA was first proposed as a research method in Psychotherapy (Greenberg, 1975) but to date, there has been no extensive review of the scientific advances attained through TA research of significant events. The authors who came closest to a review of this kind are Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg (2004). Besides the fact that their work was published a decade ago, it has another limitation: it focuses exclusively on investigations conducted in emotion-focused therapy (the sphere where TA was developed) and thus does not consider research that may have been done on the therapeutic processes of other psychotherapy models.

We considered that it would be very useful to compile all of the tasks that have been analyzed to date, independently of the psychotherapy model that serves as a

basis for the research. First of all, this would provide therapists –especially those that abide by the principles of the psychotherapy integration movement– with a broad catalogue of interventions that have proven successful in handling many of the most common troubling events that can appear over the course of psychotherapy. Secondly, the knowledge that the TA method provides on these effective psychotherapeutic interventions is so descriptive and detailed that it greatly facilitates learning the method, contributing to reliable and highly educational training programs in Psychotherapy. As we noted earlier, the objective of TA is not only to confirm that a specific in-session situation can be therapeutically handled through a specific type of intervention, but also to describe the context and steps that should be followed in order to ensure a successful intervention. In fact, each TA should yield a detailed manual on how the intervention in question should be carried out. For this reason, interventions that have been researched in a TA program provide rigorous training for therapists and a way to assess whether the therapists in training have effectively learned to practice the intervention successfully. A good example of this use of TAs in psychotherapy training is the program proposed by Beitman & Yue (2004) in which therapists learn the three main interventions researched through TA: the *two-chair dialogue* applied to the self-evaluative split, the *empty-chair dialogue* as an efficient intervention for a client's *unfinished business* (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004), and the *systematic evocative unfolding* applied to *problematic reactions* (Watson, 1996).

Although all this useful knowledge generated by the TAs that we refer to has been published, the dispersal of publications is so great that it can be difficult for professionals who could utilize such knowledge to discover and access it. This dispersal, combined with the difficulties associated with accessing and using this knowledge, is the main problem that this review attempts to address. In keeping with this goal, we propose the following objectives.

OBJECTIVES

The general objective of this review is to compile the research programs in Psychotherapy through the TA method to date in order to facilitate access to this body of knowledge as a whole, given its usefulness for enhancing the training and practice of Psychotherapy.

A second objective of this work is to review the set of the compiled TAs in order to classify them according to the following criteria: the significant problematic events they address, the interventions or tasks analyzed, and the specific publications psychotherapists should refer to in order to enhance their competence in each of these psychotherapeutic tasks.

Finally, as mentioned earlier, since a TA involves a research program that can take years to complete, this review also aims to determine the degree of completion of the TAs that have begun to date. This will make it easier to know which TAs have already generated intervention models sufficiently tested for their incorporation to

psychotherapy training programs.

METHOD

This review consists of an additive data study (Fernández-Ríos, and Buela-Casal, 2009).

For the identification of all publications that have reported TAs conducted to date, we first selected all articles published up to February 2015 and included in the PsycINFO database whose titles or summaries include the expression *task analysis*. From the documents obtained in this search, we started by eliminating those that did not deal with Psychotherapy; we then deleted those that were exclusively theoretical reflections on TA as a research method (research that did not involve the use of TA for the investigation of a specific significant event) and those that only mentioned TA in passing. This way, we reduced our selection to empirical research reports on the use of TA in Psychotherapy. We then proceeded to search for all reports on research conducted with TA that were cited in the publications gathered during the first step of the process but not detected in our initial search. We followed the same selection process for these new publications and then searched them for citations of other research reports on TA; we repeated this process until we had exhausted all options.

The publications we selected in this process were later grouped according to the psychotherapeutic task each analyzed. Each of these publication groups reports on an independent TA.

Finally, each group of publications or TA was reviewed to determine the most advanced step each had reached in the nine-step methodological sequence that, as mentioned earlier, constitutes a TA according to Greenberg (2007). We then inferred the step each research area had reached from the publications reporting on each TA, since this information is generally not mentioned explicitly in the texts; on rare occasions, the publications may state whether the research is focused on the discovery or validation phase. In order to classify the TAs based on their degree of completion, we established the three categories described below.

TAs that have reached a proposal for a rational or theoretical model for task resolution based on the authors' clinical experience or observation of different real-life cases of task resolution were assigned a "4" (step number four of the nine steps of a full TA).

We gave a "6" to TAs that have completed an initial theoretical model of the task (step four) as well as a subsequent empirical comparison to refine the model. This empirical comparison, which we referred to earlier in the text, is done by selecting a sample of audiovisual recordings or records of real cases where the task in question is resolved successfully and another sample of recorded episodes in which the event is not adequately resolved. Later, a check is done to confirm whether the initial theoretical model fits with the events resolved successfully and allows them to be differentiated from those that were not. When necessary, the

appropriate changes are made to the initial theoretical model for the task to adjust for the resolved episodes. This way, a refined task model based on empirical data is obtained. A “6” score on a TA thus means that the discovery phase has been completed.

Finally, TAs scored as a “9” not only have an empirically backed task model but are also those in which episodes corresponding to the task and resolved over the course of treatment have been confirmed to contribute to a successful final outcome of the therapy. A score of “9” thus means that the validation phase is finished and thus, the TA is completed.

RESULTS

To date, thirty-seven research programs have been developed using TA. These lines of research are outlined on Table 1. Each row of Table 1 summarizes one of these thirty-seven lines of research, describing the significant problematic event the task aims to address; the psychotherapy model on which the analyzed treatments are based; the specific psychotherapeutic intervention or technique proposed for the resolution of said event; the publications in which advances have been described through the different phases that comprise a TA; and finally, an estimate of the maximum degree of completion attained by each TA based on the three categories described above. In the cases in which Table 1 does not describe what problematic event, psychotherapy model or technique is being researched, this is because in the publications reporting on these TAs, the authors do not provide this information. The different lines of research are organized in chronological order (by publication year). The expressions between quotes are those used by the researchers of each TA.

Distribution of the TAs by psychotherapy models. Nineteen TA models have been developed within the sphere of emotion-focused/experiential-process therapy. An additional seven focus on events in different family therapy models (constructivist family therapy, multidimensional family therapy, structural family therapy, Satir transformational systemic therapy, attachment-based family therapy and integrative family therapy). Five deal with events that appear in variations of cognitive therapy (cognitive therapy, linguistic therapy of evaluation, cognitive analytical therapy, cognitive-behavioral therapy). Three additional TAs have been developed for events addressed in dynamic therapy models (two in short-term dynamic therapy and one in interpersonal dynamic therapy). We also found a TA for events corresponding to three other psychotherapy models: brief relational therapy, short-term group psychotherapy, and exposure therapy through symbolic play. Finally, there are two lines of research in which the events studied have not been connected to a specific psychotherapy model. (This classification of TAs by the psychotherapy models described here yielded thirty-nine instead of thirty-seven because two of the TAs simultaneously examine interventions corresponding to two different models).

Degree of completion of the TAs examined. As can be seen in the last column of Table 1, which shows the degree of completion of the TAs identified, the majority

Table 1. Lines of Task Analysis Research in Psychotherapy up to February 2015

Significant (Problematic) Event/ Task Marker	Psychotherapy Model	Task (Intervention or Technique)	Publications	Maximum Step of TA Achieved
"Self-evaluative split", "intrapersonal conflict" or "decisional conflict"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Two-chair dialogue" or "Gestalt two-chair intervention"	Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004 Sicoli & Hallberg, 1998 Greenberg, 1984 Greenberg, 1983 Greenberg & Webster, 1982 Greenberg & Dompierre, 1981 Greenberg & Rice, 1981 Greenberg & Higgins, 1980 Greenberg & Clarke, 1979 Greenberg, 1979	9
"Distress and indirect request for help to the therapist to [improve] self understanding"	Diverse Models (Psychodynamic-interpersonal psychotherapy/ cognitive-behavioral psychotherapy)	Diverse Techniques "Interpretation" to facilitate insight (in psychoanalytic therapy) and "external reattribution" (in cognitive-behavioral therapy)	Elliott, Shapiro, Firth-Cozens, Stiles, Hardy, Llewelyn, & Margison, 1994 Elliott, 1984	6
"Problematic reactions"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Systematic evocative unfolding"	Watson, 1996 Watson & Rennie, 1994 Rice & Saperia, 1984	6

"Unfinished business"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Empty-chair dialogue"	Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004 Greenberg & Malcom, 2002 Malcom, 2000 Greenberg & Foerster, 1996 Paivio & Greenberg, 1995 Greenberg, 1991 Foerster, 1991 King, 1988	9
"Painful emotions"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Coping with painful emotions"	Greenberg & Bolger, 2001 Greenberg & Paivio, 1998 Greenberg & Paivio, 1997 Bolger, 1996 Foerster & Greenberg, 1995 Greenberg & Safran, 1989	4
"Need to understand the meaning of an emotional experience"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Symbolization and creation of meaning"	Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004 Clarke, 1996 Clarke, 1993 Clarke, 1991 Clarke, 1989	6
"Ruptures in the therapeutic alliance"	Diverse Models (Emotion-focused/ process-experiential therapy and brief relational therapy)	"Alliance dialogue"	Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011 Safran, Muran, Samstag, & Winston, 2005 Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2005 Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004 Safran & Muran, 1996 Safran, Muran, & Samstag, 1994 Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990	9
-	Short-term dynamic psychotherapy	"Interpretation"	Joyce & Piper, 1996a Joyce & Piper, 1996b Joyce, Duncan, & Piper, 1995 Joyce, 1991	6

"Dysfunctional cognitive appraisals"	Cognitive therapy	"Changing or resolving dysfunctional cognitive appraisals"	Mann, 2000 Berlin, Mann, & Grossman, 1991	6
"Vulnerability"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Empathic affirmation"	Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004 Greenberg, Rice, & Elliott, 1993	4
"Unclear feeling"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Experiential focusing"	Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004 Greenberg, Rice, & Elliott, 1993	4
-	Narrative/ constructivist family therapy	"Transformation in the family's construction of the problem"	Coulehan, 1995	6
"Negative parent-adolescent interactions: from impasse to dialogue"	Multidimensional family therapy	"Changing the content and affective tone of the discussion"	Diamond & Liddle, 1999 Diamond & Liddle, 1996	6
"Critical Incident"	Short-term group psychotherapy	-	Hurd, 1996	6
-	Structural family therapy	"Enactment"	Fong, 1999	6
"Unmet expectations"	Satir transformational systemic therapy	-	Chen, Tsai, & Lai, 2001	6

"Traumatic experience (rape by an adult)"	Exposure play therapy	"Resolution of symbolic play therapy narratives of traumatic events"	Kanthers, 2002	4
"Attachment failures between adolescents and parents"	Attachment-based family therapy	"Repairing Attachment ruptures between adolescents and parents"	Diamond & Stern, 2003	4
"Softening of the blamer [in the couple]"	Emotion/process-experiential-focused couple therapy	-	Furrow, Edwards, Choi, & Bradley, 2012 Bradley & Furrow, 2007 Bradley & Furrow, 2004	6
"Non-resolved problematic situations or experiences"	Linguistic therapy of evaluation (cognitive therapy)	"Orders of abstraction"	Caro, 2005 Caro, 2004 Caro, 2003b Caro, 2003a	6
"Rigid beliefs about problems"	Integrated family approach to therapy	"Creating maneuvering room"	Vaughn, 2004	4
"Problem-relevant Experience"	Emotion-focused/process-experiential therapy	"Empathic exploration"	Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011 Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004 Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson (2002)	9
"Beginning of therapy"	Emotion-focused/process-experiential therapy	"Alliance formation"	Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004	4
"Attentional focus difficulty"	Emotion-focused/process-experiential therapy	"Clearing a sSpace"	Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004	4
"Meaning Protest"	Emotion-focused/process-experiential therapy	"Meaning work"	Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004	4

"Difficulties expressing feelings"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Allowing and expressing emotions"	Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004	4
"Hopelessness"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Resolving hopelessness"	Sicoli, 2005	6
"Attachment injuries in Couples"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Resolving attachment injuries in couples"	Makinen & Johnson, 2006	9
"Threats to the therapeutic alliance involving the enactment of problematic relationship patterns"	Cognitive analytical therapy	"Resolving threats to the therapeutic alliance"	Bennett, Parry, & Ryle, 2006	6
"Distress"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Emotional processing"	Pascual-Leone & Greenberg, 2007	6
"Ruptures in the therapeutic alliance"	Cognitive-behavioral therapy	"Resolving ruptures"	Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, 2008	6
"Trauma"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Process-experiential narrative trauma retelling"	Breighner, E. S., 2009 Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004	6
"Painful disregulated emotional states or unmet existential needs"	Emotion-focused/ process-experiential therapy	"Self-soothing"	Goldman & Fox, 2010	4

"Anger"	Unspecified model	Diverse techniques ("Focusing on the arousal of reaction" and "focus on interpersonal pain")	Kannan, Henretty, Piazza-Bonin, & Levitt, 2011	6
"Description of interpersonal conflicts"	Short-term dynamic psychotherapy	"Metacommunication"	Austin, 2012	6
"Reluctant adolescents" or "Adolescent engagement" [in family therapy]	Integrative family approach to therapy	"Engaging reluctant adolescents in family therapy"	Higham, Friedlander, Escudero, & Diamond, 2012	6
"Positive Emotion"	Unspecified model	-	Marini, 2013	6

have not yet been completed. Of the thirty-seven TAs identified, we found that five have surpassed the validation phase (step 9 of TA); twenty-one have continued through the end of the discovery phase (step 6); and the remaining eleven have only advanced to the construction of a rational model for task resolution based on clinical experience or unstructured case observation (step 4). Therefore, the discovery phase is complete in twenty-six of the TAs identified (seventy percent).

Nature of the significant events researched. As expected, most of the TAs identified deal with significant troubling events, that is, in-session situations which the therapist identifies as markers of an obstacle in the therapeutic process necessitating an intervention. Overcoming such obstacles is viewed as a concrete opportunity to generate change in the subject.

This is not the only option, however, as explained by Pascual-Leone, Greenberg, & Pascual-Leone (2009, p. 528): “The research participants in a therapeutic task to be analyzed could be a client, a therapist, or some relational dyad of people, depending on the identified task for study.” Among the TAs discovered in this review, there are some which apply to an event that only happens to the client, without the therapist’s involvement, and which can lead to a change experience based on how the client handles the event on his/her own. This is the case of the TA carried out by Marini (2013) in relation to positive emotion episodes that a client can experience in session (which explains why the box on intervention/technique is empty on the row assigned to this TA on Table 1). The TA presented by Joyce & Piper (1996a) on the technique of interpretation in short-term dynamic psychotherapy offers another variation on possible events to be analyzed that are not determined by the initial appearance of a “problem” in the session. In this case, the key factor for identifying the significant event analyzed is not a specific type of problematic situation the client expresses but the therapist’s decision, regardless of the reason, to interpret a particular client behavior. The same occurs in the case of the TA by Fong (1999) on the enactment technique in structural family therapy (once again, this is why the box for “significant (problematic) events” are blank in the row corresponding to this TA on Table 1).

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Usefulness of the results of this review for the training and practice of psychotherapy. The results of our research go far beyond presenting how many TAs have been conducted since this method was developed: they can contribute to disseminating and facilitating access to a body of knowledge that we deem valuable for psychotherapists in training and those who train them. Although this knowledge was already available, it remained difficult for a great number of psychotherapy professionals to access due to the notably broad time domain and the dispersal of publications. In this work, our main goal has been to locate, group and organize this knowledge for those it can best serve, making it easier to incorporate TAs in training programs and in an increasingly more research-based practice of psychotherapy.

How the degree of completion of the TAs influences their usefulness for practice and training in psychotherapy. Does a TA have to be completed in order to consider the associated intervention model validated for use as part of a training program? What would be the minimum degree of completion required to consider the task model generated by a TA valid? The intervention model generated by a TA could be refined and tested enough for its application and dissemination even if this TA is not yet complete. In fact, once the discovery phase of a TA is finished, it has yielded a refined model of a specific therapeutic intervention or technique that not only works theoretically but has also been validated empirically. The majority of the therapeutic techniques that are ordinarily practiced have not been subjected to such demanding tests. This is because, as discussed earlier, randomized controlled trials evaluate overall treatment without separately assessing the efficacy of each intervention or technique used during this treatment.

Once the discovery phase of a TA is complete, it may already be a reliable and useful resource for psychotherapy training. These TAs provide trainers with a manual with a detailed description of the components that must be considered in order for the technique in question to be efficacious; the moment of the process in which it should be applied; the interactive sequence of client and therapist behaviors that should be expected; and the client behavior markers that will indicate that the task has been successfully resolved. For example, although the task model for *systematic evocative unfolding* designed for the resolution of *problematic reactions* (Watson, 1996) derives from a TA that has only completed its discovery phase, Beitman & Yue (2004) decided to include it in their training program.

On the one hand, we consider it important to clarify that even if the validation phase of a TA is not yet complete, the efficacy of the general psychotherapy model in which the analyzed technique is developed could have already been proven. What the validation phase really proves is not the efficacy of the general model itself but the relationship between the occurrence of successfully resolved significant events at some point in the therapeutic process and the ultimate success of the full treatment. The TA conducted by Joyce and his collaborators on the interpretation technique in short-term dynamic psychotherapy (Joyce & Piper, 1996a, 1996b; Joyce, Duncan, & Piper, 1995; Joyce, 1991) is one good example of this. This TA remains incomplete, although several studies have confirmed the efficacy of short-term dynamic psychotherapy (see, for example, Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). The same can be said of the TA conducted by Diamond & Liddle (1999, 1996) on how to modify the tone and content of negative parent-adolescent interactions. The discovery phase of this TA is complete but its validation phase is still pending. However, the efficacy of multidimensional family therapy has already been broadly documented (Schaub & cols., 2014; Wevodau, 2013; Liddle, Rowe, Dakof, Henderson, & Grenbaum, 2009).

The response to TA as a process-outcome research method. Studies based on TA have yielded multiple lines of research on processes and outcomes in

psychotherapy. As expected, most of these studies have been carried out in emotion-focused therapy or process-experiential therapy, which was created by the author of the TA method. On the other hand, as Elliott (2010) has noted, the fact that TA is identified with this specific model of psychotherapy in which the client is viewed as an active agent of change can make TA incompatible with other theoretical approaches to psychotherapy. This was mentioned earlier in reference to the limitations of TA. However, this review has shown that TA research programs have also been associated with a range of other psychotherapy models (dynamic, cognitive-behavioral and systemic) and settings (individual, family, couple and group therapy). This allows us to confirm one of the main advantages we have noted with regards to TA: its transtheoretical nature and its affinity/usefulness with regards to the psychotherapy integration movement.

Determining the full series of significant events. In order to advance towards more profound knowledge of the general therapeutic process by clarifying the significant events that comprise it, we believe it is useful and even essential to determine beforehand what events these are. This initial task requires what could be referred to as a mapping of the psychotherapy process in order to gauge what significant events appear regularly and recur in treatments. The work by Diamond and Diamond (2002) and naturally, the study by Elliott, Watson, Goldman and Greenberg (2004), are two good examples of identifying the sequence of significant change events that would have to be addressed over the course of the general psychotherapy process within the framework of a specific psychotherapy model. This type of work has yet to be undertaken in the majority of psychotherapy models.

Conclusions. The TA studies conducted to date have already yielded highly detailed intervention procedures for the efficacious management of up to thirty-seven significant situations or events that can appear over the course of the psychotherapy process. Twenty-six of these psychotherapy task models have proven effective for successfully resolving the task at hand. At the same time, five of these twenty-six effective intervention models have also been proven to make a significant contribution to the ultimate success of the treatment.

Most of these effective task models are framed within emotion-focused therapy, but numerous other psychotherapeutic tasks identified in many psychotherapy models and for different forms of treatment (individual, family, couple and group therapy) have also been studied.

The set of TAs compiled in this review identifies and organizes a body of knowledge that could prove highly useful for training in empirically validated psychotherapeutic interventions.

To advance towards the design of training programs in psychotherapy and increasingly more effective treatments, efforts should be made to identify which significant events constitute the general psychotherapeutic process. At the same time, studies that seek immediate findings in Psychotherapy should gradually give way to more long-term research projects. In spite of their high cost, these long-term

projects allow for a deeper understanding of the processes or concrete interactions between client and psychotherapist that lead to the successive changes which define successful treatments. This knowledge represents the ultimate research objective in Psychotherapy.

Notes

- 1 When Psychotherapy is capitalized, we are referring to the science and when it appears in lowercase, we are referring to psychotherapy as the practice of an applied field.

REFERENCES

- Arkowitz, H. (1991). Introductory statement: psychotherapy integration comes of age. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 1-3.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research, 18*(6), 699-710.
- Austin, T. M. (2012). A task analysis of metacommunication in time-limited dynamic psychotherapy. *ProQuest Information & Learning. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 72*(9), 5564.
- Beitman, B. D., & Yue, D. (2004). *Learning psychotherapy: a time-efficient, research-based, and outcome-measured psychotherapy training program*. 2nd Edition. New York: Norton.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(3), 395-418.
- Berlin, S. B., Mann, K. B., & Grossman, S. F. (1991). Task analysis of cognitive therapy for depression. *Social Work Research & Abstracts 27*(2), 3-11.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. *Psychotherapy, relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 89-108): Oxford University Press, New York, NY.
- Bolger, L. (1996). *The subjective experience of transformation through pain in adult children of alcoholics*. Unpublished doctoral dissertation, York University.
- Bradley, B., & Furrow, J. L. (2004). Toward a Mini-Theory of the Blamer Softening Event: Tracking the Moment-by-Moment Process. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(2), 233-246.
- Bradley, B., & Furrow, J. L. (2007). Inside Blamer Softening: Maps and missteps. *Journal of Systemic Therapies, 26*(4), 25-43.
- Breighner, E. S. (2009). A phase 2 task analysis study of the process-experiential narrative trauma retelling task in a clinical sample. *ProQuest Information & Learning. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 69*(11-), 7131.
- Caro, I. (2003a). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silvia (II). *Boletín de Psicología, 79*, 59-84.
- Caro, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología, 79*, 31-57.
- Caro, I. (2004). A process analysis of linguistic change. *Counselling Psychology Quarterly, 17*(4), 339-359.
- Caro, I. (2005). A micro-analysis of the assimilation process in the linguistic therapy of evaluation. *Counselling Psychology Quarterly, 18*(2), 133-148.
- Chen, P., Tsai, S., & Lai, N. (2001). The construction of a process-change model of unmet expectations based on the Satir model. *Asian Journal of Counselling, 8*(1), 5-34.
- Clarke, K. M. (1989). Creation of meaning: An emotional processing task in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26*(2), 139-148.
- Clarke, K. M. (1991). A performance model of the creation of meaning event. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(3) 395-401.
- Clarke, K. M. (1993). Creation of meaning in incest survivors. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 7*(3), 195-203.

- Clarke, K. M. (1996). Change processes in a creation of meaning event. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 465-470.
- Coulehan, R. (1995). The transformation of client constructions as a therapeutic change event. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 55*(9-B), 4101.
- Diamond, G. S., & Diamond, G. M. (2002). Studying a matrix of change mechanisms: An agenda for family-based process research. *Family psychology: Science-based interventions*. (pp. 41-66): American Psychological Association, Washington, DC.
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 481-488.
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions: From impasse to dialogue. *Family Process, 38*, 5-26.
- Diamond, G. S. & Stern, R. S. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescent: Repairing attachment failures. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.) *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: Guilford Press.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123-135.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43-49.
- Elliott, R., Shapiro, D.A., Firth-Cozens, J., Stiles, W.B., Hardy, G., Llewelyn, S.P., & Margison, F. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 449-463.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). *Standards for the preparation and writing of psychology review articles*. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(2), 329-344.
- Foerster, F. S. (1991). *Refinement and verification of a model of resolution of unfinished business*. Unpublished master's thesis, Department of Psychology, York University, Toronto.
- Foerster, F. S., & Greenberg, L. S. (1995). *Allowing of painful emotion*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research. June Vancouver, BC, Canada.
- Fong, E. O. (1999). A discovery-oriented process study of enactment in family therapy: Development of the Family Therapy Enactment Rating Scale. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60*(3-B), 1300.
- Furrow, J. L., Edwards, S. A., Choi, Y., & Bradley, B. (2012). Therapist presence in emotionally focused couple therapy blamer softening events: Promoting change through emotional experience. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(Suppl 1), 39-49.
- Goldman, R., & Fox, A. (2010, May). *A task-analysis of self-soothing in emotion-focused therapy*. Paper presented at the 26th Annual Meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Florence, Italy.
- Greenberg, L. S. (1975). *Task analysis of psychotherapeutic events*. Unpublished doctoral dissertation, York University.
- Greenberg, L. S. (1979). Resolving splits: The use of the two chair technique. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 310-318.
- Greenberg, L. S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution. *Psychotherapy, Theory, Research & Practice, 20*, 190-201.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), *Patterns of change; Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 4-9.
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research, 1*, 3-16.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology, 55*(12), 1467-1480.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research, 17*(1), 15-30.
- Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 197-211.

- Greenberg, L. S., & Clarke, K. (1979). The differential effects of the two-chair experiment and empathic reflections at a split. *Journal of Counseling Psychology*, 26(1), 1-8.
- Greenberg, L. S., & Dompierre, L. M. (1981). Specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28(4), 288-294.
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439-446.
- Greenberg, L. S., & Higgins, H. (1980). The differential effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 221-225.
- Greenberg, L. S., & Malcom, W. M. (2002). Resolving unfinished business: relating process to outcome. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 70(2), 406-16.
- Greenberg, L. S., & Newman, F. L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 435-438.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1998). Allowing and accepting painful emotional experiences. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 51(2), 47-61.
- Greenberg, L. & Rice, L. (1981). The specific effects of a Gestalt intervention. *Psychotherapy, Theory, Research & Practice*, 18, 31-37.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guildford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- Greenberg, L. S., & Webster, M. (1982). Resolving decisional conflict: Relating process to outcome. *Journal of Counselling Psychology*, 29, 478-477.
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: An exploratory study of in session processes of change. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 24-52.
- Hurd, L. J. (1996) A task analysis of change episodes in group psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(3-B), 2153.
- Joyce, A. S. (1991). *Preconditions and responses to dynamic interpretation in short-term individual psychotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alberta.
- Joyce, A. S., Duncan, S. C., & Piper, W. E. (1995). Task analysis of "working" responses to dynamic interpretation in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5(1), 49-62.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1996a). Dimensions and predictors of patient response to interpretation. *Psychiatry*, 59(1), 65-81.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1996b). Interpretive work in short-term individual psychotherapy: An analysis using hierarchical linear modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 505.
- Kannan, D., Henretty, J. R., Piazza-Bonin, E., Levitt, H. M., Coleman, R. A., Bickerest-Townsend, M., & Mathews, S. S. (2011). The resolution of anger in psychotherapy: A task analysis. *The Humanistic Psychologist*, 39(2), 169-181.
- Kanters, A. L. (2002). Resolution of symbolic play therapy narratives of traumatic events: Exposure play therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(10-B), 4790.
- King, S. (1988). *The differential effects of empty chair dialogue and empathy for unfinished business*. Unpublished master's thesis, University of British Columbia, Vancouver.
- Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1055-1064.
- Malcolm, W. M. (2000). Relating process to outcome in the resolution of unfinished business in process experiential psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(8-B), 4235.
- Mann, K. B. (2000). How depressed women living in stressful circumstances use cognitive therapy: an intensive case study and task analysis. *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences*, 60, 3137.
- Marini, N. (2013). *Positive emotion in psychotherapy: An exploratory study*. (74), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from [#=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-99140-173).
- Muran, J. C., Safran, J. D. & Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an Alliance-Focused Treatment for Personality Disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 532-545.

- Orlinsky, D. E., & Russell, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. In Russell, R. L. (Ed.) *Reassessing psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Paivio S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 63(3), 419-25.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why 'the only way out is through'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York: Guilford.
- Rice, L. N., & Saperia, E. (1984). A task analysis of the resolution of problematic reactions. In L. N. Rice y L. S. Greenberg, (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154-165.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating Alliance-Focused Intervention for Potential Treatment Failures: A Feasibility Study and Descriptive Analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 512-531.
- Safran, J. D.; Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg, (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>.
- Sicoli, L. (2005). *Development and testing a model of hopelessness in experiential therapy of depression*. Unpublished doctoral Dissertation, Toronto, York University.
- Sicoli, L. A., & Hallberg, E. T. (1998). An analysis of client performance in the two-chair method. *Canadian Journal of Counselling*, 32(2), 151-162.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(5), 810-817.
- Valsiner, J. (1995). Human Development and the Process of Psychotherapy: Some General Methodological Comments. En J. Siegfried (Ed.), *Therapeutic and Everyday Discourse as Behavior Change. Towards a Micro-analysis in Psychotherapy*. Norwood, New Jersey, Ablex P.C.
- Vaughn, M. J. (2004). Creating "maneuvering room": a grounded theory of language and influence in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 425-442.
- Watson, J. C. (1996). The relationship between vivid description, emotional arousal, and in-session resolution of problematic reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 459-464.
- Watson, J. C., & Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 500-509.
- Wevodau, A. L. (2013). *A meta-analytic review of Multidimensional Family Therapy (MDFT) treatment outcomes in 11 randomized controlled trials*. (AAI3520995). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1399051065?accountid=14744>

CORPORALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO: LA DISPOSICIÓN RELACIONAL EN PSICOTERAPIA

CORPORALITY AND CHANGE CONSTRUCTION: RELATIONAL DISPOSITION IN PSYCHOTHERAPY

Dr. José Oriol Rojas Matín

Coordinador del Centro Guimerá de Psicología, Santa Cruz de Tenerife, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rojas Matín, J.O. (2016). Corporalidad y construcción del cambio: La disposición relacional en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 123-138.

Resumen

Ahora que la robótica encara el problema de su integración en la vida cotidiana ha empezado a demandar modelos del procesamiento de información que la hagan viable en entornos humanos cambiantes, promoviendo la emergencia de la Embodied and Grounded Cognition. La presencia de lo corporal y lo contextual en la psicología ha sido manifiesta desde siempre para cualquiera que deseara verla, pero ahora las nuevas tecnologías han dotado a la psicología cognitiva de un nuevo alcance y significado, al hacer verosímil la existencia de inteligencia sin representación que se realiza por medio del cuerpo y el contexto circundante. Sobre esas bases vengo a proponer la noción de Disposición Relacional, entendida como una clase particular de acción corporal, dotada de una finalidad psicoterapéutica, o motor mind building, que encuentra en la neurociencia su fundamento y validación científica, gracias a la investigación sobre la rehabilitación del miembro fantasma llevada a cabo con personas amputadas.

Palabras clave: *Disposición relacional, cognición corporal, psicoterapia, neurociencia, inteligencia emocional e inteligencia artificial, constructivismo, presencia emocional.*

Abstract

Now that robotics faces the problem of integration into everyday life, cognitive psychology has started to pursue models of information processing that will make it viable in everyday human environments, which is causing the emergence of Embodied and Grounded Cognition. Here the presence of the body and the contextual acquires a new meaning to dispense with the notion of representation to explain the construction of knowledge or human capacity to respond to situations. It is true that the body has always been part of psychology but now, in this perspective, is no longer considered a source of information to but it is seen it as the processor of information itself. On that basis I want to propose the notion of Relational Disposition, understood as a particular kind of bodily action that articulates jointly a biochemical response, an emotional response and some environmental circumstances. To which I attach a psychotherapeutic ability as experimentally demonstrated in a study of phantom limb rehabilitation, carried out with amputees in the field of neuropsychology.

Keywords: *Relational disposition, body cognition, psychotherapy, neuroscience, artificial intelligence and emotional intelligence, constructivism, emotional presence*



Desde siempre, la Psicología ha mantenido una relación ambivalente con el cuerpo humano. En unas ocasiones lo ha considerado un mero soporte biológico para la mente, en otras, un inconveniente que debía ser escrupulosamente evitado en los diseños experimentales, y ahora uno de los principales retos de su historia. La convicción reduccionista y lineal de que el pensamiento conduce a la acción está siendo sustituida por una generativa y compleja: la acción corporal conduce al pensamiento.

Todo parece indicar que el cuerpo ha dejado de ser el antagonista de la mente, el soporte físico de la mente, el objeto de la mente o el medio para la interacción de las mentes, aunque todo esto, en alguna medida, sea innegable. Ahora las evidencias experimentales lo sacan de cualquiera de esas concepciones simplificadoras y lo colocan en una posición nueva, relativamente incierta para la Psicología, que no lo acaba de ubicar, eclipsada como sigue estando por la noción de representación propia del cognitivismo. Aún hoy seguimos encontrando explicaciones de la conducta humana basadas en una instancia superior y distinta, concebida como un operador lógico situado por encima del dominio de la experiencia. La noción de representación sigue viva, se sostiene a pesar de la falta de evidencias tangibles de su existencia, como un recurso explicativo derivado de los orígenes de la cibernética. De algún modo, un apego atávico, a la noción de mente como instancia superior no regulada biológicamente ni condicionada por influencias ambientales. Como si el “procesamiento” de la información contuviera todo lo propiamente psicológico y el lenguaje bastara para dar cuenta del pensamiento humano y los procesos de construcción de la realidad.

En estas líneas pretendo traer a la reflexión el problema de la unidad mínima de análisis en el marco de una psicología corporal orientada terapéuticamente. Una síntesis que parte de la consideración de lo corporal como un objeto de estudio propiamente psicológico y eminentemente mental, que siempre ha formado parte de la psicología en su desarrollo histórico, con visiones que le han ido otorgando un menor o mayor papel en la explicación y predicción de la conducta. Pero que dentro de la línea de trabajo llamada cognición corporal ha revelado todo su potencial explicativo, presionada como se encuentra la neurociencia cognitiva por el desarrollo de una inteligencia artificial funcional en la vida diaria. Todo ello puesto en relación con los modelos psicoterapéuticos de corte constructivista me permiten proponer como unidad mínima de análisis la noción de Disposición Relacional, que valido experimentalmente por medio de un estudio neurológico, que demuestra la capacidad de la acción para producir reestructuraciones cerebrales y cognitivas, y por tanto de eficacia terapéutica.

El cuerpo en la ciencia de la mente.

La historia de la Psicología se podría rehacer entera siguiendo el curso de la corporalidad en las diferentes épocas. Pero por ahora, significar algunos hitos nos basta para ubicarnos. Por no remontarnos 2500 años atrás y de manera seguramente

ingenua se podría partir de la concepción cartesiana del ser humano. El dualismo dividió al ser humano en dos, creando un antagonismo hostil entre su mente y su cuerpo, haciéndole creer que la realidad solo era accesible por medio de la razón. Una certeza que la Psicología hizo suya hasta casi nuestros días, y que durante mucho tiempo la llevó a considerar la emoción un fenómeno inabordable desde un punto de vista científico. Lo racional era privilegiado de tal forma que cuando ya no era posible producir más explicaciones centradas en la mente, algunos autores, como por ejemplo, Freud, ideaban subterfugios explicativos tautológicos, como la noción de “inconsciente”, que funcionaba a modo de una mente dentro de la mente, por no hablar de otros artefactos como la noción de esquema o de representación (Véase De Vega, 1984), de algún modo teorías homunculares.

El racionalismo disfrutó de mucho éxito social, pero no logro evitar la aparición de otras visiones pioneras como la de J. L. Moreno en esa misma época y mucho menos aliada con la racionalidad del momento, centrada en el cuerpo, el juego y la creatividad:

“Moreno defendió la importancia de la acción en la forja del mundo interno y relacional del sujeto y como ese mundo se expresa en acción dio a la luz una expresión muy breve y muy precisa: ‘En un principio fue la acción’ “ (Población, 1997, pág. 32)

Una visión que dio origen a procedimientos terapéuticos como la Psicoterapia de Grupo y al Psicodrama, que ha llegado hasta nuestros días en diferentes formatos, tales como las técnicas Escultóricas, las Constelaciones Familiares y otros modelos expresivos y dramáticos. (Satir, 1972; Dhul, Kantor y Dhul, 1973). Todas de un éxito social limitado, debido a la acusación que pesaba sobre ellos de ausencia del rigor metodológico adecuado para obtener el prestigio y reputación que si alcanzó en el panorama de la psicología científica internacional el Conductismo y más tarde, con la llegada de la informática, el Cognitivismo, ambos fieramente arraigados en el modelo dualista, en la racionalidad y en el método científico.

Pero es muy probablemente Piaget con sus estudios sobre Epistemología genética el que logra, dar un gran salto adelante, al colocar el cuerpo y la acción en el principio de todo y demostrar experimentalmente que cada una de las cosas que puede llegar a pensar un niño debían ser antes una experiencia corporal producida en el marco de algún tipo de acción (Piaget, 1933). Él fue pionero en considerar la experiencia biológica como fundamento del conocimiento, y junto con Kelly y la terapia de Rol fijo (Kelly, 1955) que ideó para tratar a sus pacientes (actuar-corporal); son considerados padres de una corriente de pensamiento psicológico llamado constructivismo, que define al ser humano como un constructor dialectico de su realidad.

Otro de los pioneros del constructivismo, Von Foerster en su calidad de físico y epistemólogo consideraba la interacción con el medio el modo de construcción del pensamiento. Su posición es: “si quieres conocer aprende a actuar” (1995, pág. 55), cuando formula que la visión es el resultado de una clase de acción neurológica

sobre los estímulos del medio y por tanto actuar. Tal y como demostraron Hubel y Wiesel al comprobar que los gatos perdían la vista por falta de maduración de la corteza visual si desde su nacimiento se les impedía ver. (García, 2000). De donde se concluía que la acción tenía un efecto madurativo sobre el sistema nervioso del gato y como quiero desprender de las palabras de Von Foerster, un valor preformativo.

Pero lo corporal ha alcanzado un estatus especial desde que la emoción (Ekman, 1978, 1991, Frijda, 1986) y la inteligencia emocional (Salovey y Mayer, 1990; Grewal y Salovey, 2012) ha sido reconocida por la Psicología. De forma inadvertida, la corporalidad ha empezado a hacerse un hueco dentro de ella: cuando la emoción se acepta como una variable relevante, se está aceptando en realidad lo corporal. De hecho, carece de sentido hablar de emociones con exclusión de lo corporal, de desensibilización sistemática sin cuerpo, de condicionamiento sin vísceras o de *mindfulness* como un proceso mental, cuando por activa y por pasiva se reitera la necesidad de suspender la actividad mental, del tipo que sea, durante su realización.

Solo así se puede explicar el éxito terapéutico de procedimientos como *mindfulness* en la reducción del estrés (Kabat-Zinn, 1982, 1990) donde una postura corporal mantenida durante la meditación acaba generando una emoción, que influye a su vez, sobre la cognición. Hablo de procesos de cambio mental por medio de acciones concretas realizadas corporalmente, o tal y como el propio Kabat-Zinn explica: “Uno de los valores de la meditación budista del que sabemos muy poco en nuestra vida cotidiana en Occidente, es el de la cualidad de la quietud” (1997, pág. 130).

Muchos estudios podrían hoy ser reconsiderados atendiendo a la incidencia de lo corporal. Desde los estudios de Schater y Singer (1962) sobre la interpretación cognitiva de la emoción corporalizada, o Milgran (1963) sobre obediencia a la autoridad, bajo restricciones corporales, o sobre el Error fundamental de la atribución (Ross Greene y House, 1977, donde se atribuye al cuerpo en acción más responsabilidad que al contexto. O los estudios de Zimbardo (1970) sobre simulación carcelaria donde se ponen de manifiesto los efectos cognitivos y sociales de la acción corporal contextualizada.

Pero hay dos aspectos que están resultado determinantes para la emergencia del cuerpo en la psicología y el eclipse de la racionalidad, al menos desde el punto de vista que defiendo aquí. Por un lado, el estudio de los sesgos del procesamiento humano de información (p.ej. Kahneman, 2011) donde demuestra experimentalmente lo imprecisos y lo susceptibles a los condicionante corporales y ambientales que son nuestros mecanismos para juzgar la realidad y tomar decisiones racionales, y la descomunal influencia que ejerce lo orgánico-emocional (corporal) en nuestra vida cotidiana. Y por otro lado, la generalización del uso de las técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética funcional, con las que se ha podido observar, en vivo, la compleja repercusión cerebral de diferentes situaciones cotidianas y la imposibilidad de producir explicaciones de su funcionamiento sin incluir el resto

del cuerpo en relación al ambiente, Lo que está dando lugar a una nueva perspectiva, como afirma Schnall (2015):

“Otras maneras más productivas de investigar la mente sería hacerlo desde la perspectiva de la cognición corpórea, que se basa en la idea de que muchos pensamientos o procesos cognitivos no solo están relacionados con lo que sucede en el cerebro, sino que también responden a sensaciones físicas y a información del cuerpo y de su interacción con el entorno” (pág. 210).

Aludiendo, por ejemplo a lo que han venido a llamar “el enfoque del afecto como información” (pág. 212), a partir de descubrimientos recientes sobre la formación de impresiones en base a variables corporales, como la tendencia a percibir como cálida a una persona mientras se sostiene una taza caliente, y a percibirla fría si se trata de una bebida fría.

La Cognición Corporalizada

Considera la experiencia en si como un hecho psicológico, es una propuesta que emana del trabajo de Rosch, Varela y Thompson, (1989) titulado *The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience*, donde vienen a proponer el concepto de enacción para expresar el hecho de poner en acto, llevar a cabo o hacer emerger, una realidad que tiene lugar como resultado de una experiencia corporal:

La intuición básica de esta orientación no objetivista es la perspectiva de que el conocimiento es el resultado de una interpretación que emerge de nuestra capacidad de comprensión. Esta capacidad está arraigada en la estructura de nuestra corporización biológica, pero se vive y se experimenta dentro de un dominio de acción consensual e historia cultural (pág. 177).

Pero llegan aquí asumiendo presupuestos de Merleau Ponty:

“Sostenemos, con Merleau Ponty, que la cultura científica occidental requiere que veamos nuestros cuerpos no solo como estructuras físicas sino como estructuras vividas y experienciales, es decir como “externos” e “internos”, como biológicos y fenomenológicos. Es obvio que ambos aspectos de la corporalidad no se oponen, sino que, por el contrario, circulamos de un aspecto al otro. Merleau Ponty entendía que no podemos comprender esta circulación sin una investigación detallada de su eje fundamental, a saber, la corporización del conocimiento, la cognición y la experiencia Para Merleau Ponty, pues, al igual que para nosotros, corporalidad tiene un doble sentido: abarca el cuerpo como estructura experiencial vivida y el cuerpo como contexto o ámbito de los mecanismos cognitivos”(Pág. 18).

La idea de cognición está siendo reconsiderada muy seriamente por otros muchos autores. Según Anderson (2003) en su revisión del campo, una serie de presupuestos de la psicología cognitiva se han puesto en cuestión haciendo emerger

un nuevo modo de entender el pensamiento humano y el procesamiento de la información, desde el punto de vista de la construcción de inteligencia artificial. Se está pasando de dar prioridad a las operaciones formales llevadas a cabo con símbolos abstractos en condiciones experimentales muy analíticas, a tratar de dar respuesta a los problemas de la vida cotidiana con fines prácticos, con la mirada puesta en la actuación en sí misma.

La cognición corporal aparece como una vía de investigación que coloca el énfasis explicativo en la cognición situada y corporal. Se trata de un proyecto que pretende reconocer y relacionar los modos en que la cognición depende de características físicas, habilidades, actividad práctica y agentes ambientales.

En contra de la concepción cartesiana que atribuye al ser humano un alma como elemento distintivo de los animales carentes de ella y de razón, la cognición corporal asume una continuidad evolutiva. Los seres humanos, afirma Anderson, al igual que los animales somos agentes corpóreos cuya cognición depende del sustrato de habilidades para movernos y afrontar las circunstancias del mundo, recibidas de nuestros ancestros. En contra del cognitivismo basado en el manejo de representaciones abstractas, la cognición corporal atiende a la interacción con el medio, pero no solo tal y como viene dado, sino a través de la creación de estructuras que faciliten las tareas cognitivas, las cuales están físicamente arraigadas y vinculadas a las necesidades específicas del individuo.

La cognición corporal asume que la inteligencia no reside en el cerebro individual sino en la interacción dinámica de cerebros en el medio, incluido el social y cultural. Condicionantes todos que tienen importantes repercusiones en el diseño de la inteligencia artificial

Partiendo de la base filosófica que aportan Heidegger y Marleau Ponty, para Anderson hay tres pilares fundamentales en este modelo. Por un lado, Lakoff y Johnson con sus trabajos “Philosophy in the Flesh” y “Metaphors we live by”, por otro, “Cambrian Intelligence” de Rodney Brooks, y por último, “Where the action is” de Paul Dourish.

Brooks defiende una concepción natural de la inteligencia, que retrotrae al nivel cámbrico cuando los organismos empiezan a proliferar en el mundo. Encuentra que esas inteligencias carecen de representaciones o modelos del mundo en su funcionamiento en tanto que cuentan con el mundo mismo para operar. La noción de representación es una unidad incorrecta de abstracción en la construcción del grueso de los sistemas inteligentes.

Complementariamente, para Lakoff y Johnson los seres humanos vivimos reduciendo el mundo a categorías humanas de carácter epistémico, la mente está corporalizada no solo porque sus procesos estén neuronalmente instanciados, sino por las propias particularidades de nuestro sistema perceptivo y motor, cuyo papel es fundamental en la creación de conceptos y en procesos inferenciales, como la distinción entre dentro y fuera derivada de la experiencia del cuerpo, denominada la “metáfora contenedora” (Lakoff y Johnson, 1980).

La razón resulta un producto evolutivo derivado de la naturaleza animal. Así la historia evolutiva juega un importante papel en los modos de construcción del pensamiento. Son los mismos mecanismos neuronales que nos permiten percibir y movernos, los responsables de nuestro modos de razón. Todo ello mediado por la actividad práctica en el medio, es decir, la interacción de nuestro cuerpo en relación al medio. Como por ejemplo el modo de acometer una tarea compleja como una partida de ajedrez, requiere muchas veces la rotación del tablero o en una partida de cartas, su colocación respecto ordenada en la mesa para preparar las acciones respecto al objetivo. Una especie de pre-computación mediada corporalmente. Acciones que afectan a la maduración del sistema nervioso y a la mejora de los sentidos, que como sabemos llevan condicionada su funcionalidad a su uso práctico en el medio.

Ahora bien, la cognición corporal no ignora la determinación cultural y social propiamente humana, Anderson la vincula a la cognición situada desde el punto de vista social. Y explica que la acción corporal puede tener lugar no solo frente a objetos concretos sino en relación a estructuras abstractas de índole social o cultural, por lo que los efectos de las acciones pueden no ser inmediatos y tangibles sino sociales y culturales.

De modo sintético podemos decir con Wilson (2002) que hablar de cognición corporal supone asumir que el pensamiento es el resultado del entrelazamiento de seis consideraciones epistémicas. La primera es que toda cognición está situada en un contexto determinado del mundo real e involucra percepción y acción, como se viene diciendo. La segunda, la cognición debe ser entendida como un proceso que tiene lugar en tiempo real en la interacción con el ambiente y por tanto, sometida a presión temporal. En tercer lugar, gran parte del procesamiento de información se hace descansar sobre el ambiente contextual a fin de simplificar la carga de su procesamiento, lo que, en cuarto lugar, supone admitir que el medio mismo es parte del sistema cognitivo. En quinto lugar, toda cognición está vinculada a la acción motriz, y tanto la percepción como memoria trabajan en ejercer alguna clase de influencia sobre el entorno. Y por último, que toda reflexión que tenga lugar fuera del entorno esta basada en lo corporal, puesto que se recupera por múltiples vías el entorno mismo donde se referencia y su impacto en lo sensorial y motor. (Wilson, 2002).

La Construcción Corporal del Cambio

La esencia polimórfica del pensamiento humano hace eficaces, de un modo relativo, todos los modelos de cambio propuestos por todas las epistemologías, desde las chamánicas (Castaneda, 1976) hasta las tecnocentristas promotoras de las terapias de realidad virtual que en la actualidad buscan sus aplicaciones. Eclecticismo que el constructivismo sabe acoger, integrar y conjugar y de hecho, o juega un papel muy importante en la vitalidad que la acción y lo corporal está alcanzando en la psicología contemporáneos

Decíamos hasta hace poco, “La construcción social de la realidad” (Berger y Luhman, 1968) para explicar cómo el individuo construye su visión de la realidad en la interacción, pero para hacerlo en congruencia con el ideal del constructor simbólico había que hacerlo puenteadando la matriz de conocimiento que no era otra que la acción y subsidiariamente el cuerpo. Centrar ahora la mirada en el Cuerpo emocional nos permite entender mejor la calidad de la interacción contextualizada que da origen a una realidad, del tipo que sea.

La acción es, por tanto, la madre del conocimiento hasta un punto que aún hoy nos cuesta aceptar, influidos como seguimos estando por los ideales cartesianos. La experiencia corporal en la acción es un conocimiento que fluye tácitamente, en paralelo al conocimiento verbal, con una sintaxis propia pero con una influencia determinante para la clase de cosas que el individuo puede llegar a conocer y pensar. Operar en el mundo físico, es imprescindible para llegar a pensar las ideas más simples, como la de “patata”, hasta otras más abstractas, como la noción de equilibrio, o el concepto matemático de “momento”.

Obrar cambios en personas, sin involucrar cambios estructurales corporales o nerviosos, solo puede tener un éxito relativo. Es poco probable que una persona realmente pueda “cambiar”, por el simple hecho de que vea sus problemas de otro modo, como afirman los teóricos de la reestructuración Cognitiva, o se produzca un Insight revelador, como se afirma en las corrientes dinámicas. O que cambien porque se le enseñe a operar con visiones optimistas de la realidad.

Todos estos modelos explicativos del cambio encuentran un serio obstáculo en la naturaleza biológico-corporal del conocimiento y del cambio. Y del mismo modo que los aprendices de windsurf necesitan algo más que explicaciones para poder llevarlo a cabo, el cambio requiere de la experiencia corporal de una tabla y de una ola. “*Si pretendemos conquistar las tendencias emocionales indeseables en nosotros mismos debemos... revisar con sangre fría los movimientos externos de aquellas disposiciones contrarias a las que preferimos cultivar*” (William James, 1884, en Myers, 2000).

Para algunos autores (Greemberg, 1996; Vinograd y Yalom, 1996) la eficacia de un tratamiento está determinado por el efecto de las acciones transformativas que tienen lugar en el marco de la relación terapéutica, dentro de lo que llaman “experiencias emocionales correctivas”, que ocurren de forma espontánea o diseñada en el escenario de la terapia y que “a fortiori” involucran una corporalidad en curso. La construcción de la realidad y la reconstrucción de la realidad (el cambio) son procesos y por tanto, están mediados por experiencias emocionales correctivas o constructivas.

Es cierto que al estar insertas en contextos y hallarse constituidas por rutinas operativas automatizadas de las que apenas tenemos consciencia, la conexión entre ellas y el pensamiento o los sentimientos resulta invisible. Pero de lo que no cabe duda es que nada describe mejor a una persona que sus acciones. Bruner afirma: “... lo que la gente hace es más importante, más “real”, que lo que la gente dice, o que

esto último sólo es importante por lo que pueda revelarnos de lo primero” (Brunner, 1991, pág. 32).

Por eso, en el campo de los procesos de construcción de nuevas realidades o de cambio, algunos autores consideran necesario diseñar métodos que incidan directamente sobre el cuerpo para modificar los procesos cognitivos, o al menos esa es una de sus propuestas para psicoterapia constructivista contemporánea de Mahoney, quien considera posible introducir cambios en la mente de una persona por medio de la ejecución de determinadas acciones corporales, por ejemplo, levantamiento de pesas, para trabajar la fortaleza subjetiva (Mahoney, 1991, 2003).

Como quiera que todo cambio terapéutico busca, por medio de estrategias más o menos elaboradas, ejercer alguna influencia para animar a las personas a explorar nuevos modos de “actuación” ante determinadas situaciones, corresponde a los terapeutas su diseño. Por ello, y para facilitar la conducta exploratoria y experimental en escenarios apropiados, Gergen (2006) propone que la terapia del futuro debería tener lugar fuera la consulta, en concordancia con Neymeyer para quien el significado y el cambio se construyen a través de la acción (Neymeyer, 1991, pág.124)

La propuesta de una construcción del conocimiento y del cambio a través de la acción supone, desde el punto de vista que vengo a exponer, aceptar que el conocimiento es de carácter orgánico, que está distribuido modularmente, que es respondiente, proactivo, y evolutivo, y está ecológicamente situado (Oriol, 2004).

Por tanto concibo el conocimiento como una alteración orgánica de tipo estructural, producida en el ejercicio de una función interactiva con el medio, que debe ser estudiado atendiendo al sujeto (1) como determinado por su biología desde su misma concepción. (2) Una biología que prescribe posibilidades y limitaciones y determina el ámbito de acciones. (3) Un sujeto que al coordinar sus procesos biológicos con el medio experimenta la emergencia de ajustes orgánicos y químicos que se ven favorecidos por su viabilidad en ese medio. (4) La viabilidad produce rutas de coordinación y sincronización orgánica y nerviosa que se instalan estructuralmente y se activan por defecto y automáticamente ante situaciones del medio ambiente. (5) Estas rutinas operativas se constituyen en predisposiciones a una determinada clase de acción corporal que convenimos en llamar emociones. (6) Estas predisposiciones a la acción constituyen en si mismas acciones, en su fase inicial, que luego dan lugar a configuraciones motoras (7) La coordinación de la emoción con el medio en un contexto social se construye con propiedades y condicionantes culturales.

El pensamiento debe ser visto como una función multiorgánica y contextual que se coordina en el cerebro, pero no reside exclusivamente en él. Una función que produce además y de forma integrada en el proceso, el registro histórico de la interacción del individuo con el medio ambiente, a través de su cuerpo y sus acciones, cuya conservación en forma de recuerdo depende de emociones (Linden y d’Argembaeu, 2010).

Por todo ello, vengo a decir que el cuerpo y la acción son herramientas de transformación de la mente y promoción del cambio personal que podemos considerar de forma complementaria o sustitutiva de otros procedimientos. En definitiva, cuando el objetivo de la psicología es sanar la acción, podemos facilitar acciones motoras generativas, que produzcan el avance hacia nuevas experiencias emocionales, una clase de **Experiencias Corporales Avanzadas** dotadas de una capacidad educativa o terapéutica, a las que denomino **Disposiciones Relacionales**: acciones interactivas destinadas a producir las coherencias corporal-emocionales, acordes con el dominio de acciones en tratamiento, con un componente de base que denomino **Presencia Emocional Plena**.

La Disposición Relacional

La neurociencia cognitiva considera necesario ampliar a lo corporal-contextual su ámbito de estudio debido a las grandes dificultades que está encontrando para obtener explicaciones desde una perspectiva estrictamente localicista, Pues como afirman Kiverstein y Miller (2015):

“Nosotros consideramos que para determinar la función de área específica del cerebro, los neurocientíficos necesitan contemplar de forma ampliada la totalidad del sistema orgánico-ambiental... Creemos que las emociones se entienden mejor en términos de preparación para la acción (Fridja 1986, 2007) del organismo en marcha, eficazmente engarzado con el ambiente” (Kiverstein y Miller, 2015; pág.1)

Como se puede ver, estos autores entienden con Fridja que las emociones deben verse como preparaciones a la acción o disposiciones de acción y es en este punto donde su postura coincide con la de Maturana, que considera las emociones como calidades orgánico-motoras que predisponen al individuo para establecer acciones en congruencia con las situaciones:

“Las emociones son disposiciones dinámicas del cuerpo que especifican los ámbitos de acciones en los que los animales en general y los seres humanos en particular operamos en cada instante” (Maturana, 1994; pág. 161)...Por eso, si queremos comprender una actividad humana, debemos prestar atención a la emoción que define el ámbito de acción en el que se produce esa actividad, y en el proceso debemos aprender a ver las acciones deseadas en esa emoción. (pág. 162)

Pero otros autores como Nowakowski van mucho más lejos, y desde el punto de vista de la neurociencia cognitiva, propone incluir en la visión corporalizada de la emoción las partes no neuronadas del cuerpo. Considera que una parte de la actividad cerebral es inhibida o amplificada por procesos corporales no neuronales, e incluso que en algunas situaciones, una parte de la actividad cerebral es reemplazada por el cuerpo, o que el cuerpo mismo previene o evita ciertos procesos cognitivos, al descansar una parte de esa actividad en condicionantes del propio ambiente. (Nowakowski, 2015)

De modo tal que, tratando de encontrar el foco explicativo de la conducta acabamos de desplazar emoción a un segundo plano para centrar nuestra mirada en la disposición a la acción. Una pirueta teórica que atiende al espacio articular donde emoción y ambiente se concitan para crear una entidad intermedia que tiene al cuerpo entero como protagonista y que, en mi manera de ver, considero más apropiado denominar Disposición Relacional. Una síntesis corporalizada, en el más amplio sentido de la palabra, donde el cuerpo se considera de manera integrada, en la totalidad de sus partes.

Para definir mejor la Disposición relacional, resulta de gran ayuda tener un referente concreto procedente de la neurociencia cognitiva, que utilizo a modo de ejemplo, pero también como demostración experimental rigurosa de lo que vengo a proponer, pues en este estudio queda patente que la acción corporal construye una percepción de la realidad. Se trata del estudio de Ramachandran (2011, 2015) para el tratamiento del dolor del miembro fantasma y en el fenómeno del dolor aprendido o distrofia simpática refleja, que el propio Ramachandan (2015) explica sucintamente así:

“La fractura de un hueso pequeño acaba afectando a toda la mano y, en ocasiones a todo el antebrazo. La mano y el antebrazo presentan una gran inflamación y una temperatura más elevada. Tampoco hay para esto un tratamiento realmente eficaz.

Empezamos a reflexionar sobre este fenómeno y sus posibles causas. Como he comentado antes, la movilización refleja de mano causa un dolor tan intenso que el paciente se da por vencido y se dice que no la volverá a mover, en un ejemplo de lo que llamamos “dolor aprendido”. Las señales que se envían a la mano para moverla se acaban asociando en el cerebro con el dolor, dando lugar a esta conexión aprendida entre la orden motora y la sensación dolorosa. El cerebro también se acaba dando por vencido y la mano se queda paralizada.

¿Cómo romper este círculo? Se nos ocurrió aplicar un tratamiento similar a otro que habíamos ideado una década atrás para el dolor fantasma y para los accidentes cerebrovasculares, consistente en colocar un espejo en el centro de una mesa. Luego hacemos que el paciente sitúe el brazo de la mano paralizada a lo largo de la parte trasera del espejo y que sitúe la mano sana a lo largo de la parte delantera, como si reprodujera la postura y la posición de la mano que le causa el dolor. Ahora, cuando el paciente mira el espejo y ve el reflejo de la mano normal en el lugar de la que le duele, tiene la impresión de que la hinchazón ha desaparecido, de que la mano ha “renacido” gracias a la ilusión óptica del reflejo en el espejo (pág. 95)...Lo asombroso es que la mano paralizada empieza a moverse por primera vez desde la lesión o fractura, a veces después de años y hasta decenios....” (pág. 96)

Como se puede ver, la propuesta terapéutica consiste en la creación de una

mano virtual sana que en su funcionalidad imaginada o percibida consigue rehabilitar los circuitos cerebrales deshabilitados como protección por la lesión. De alguna manera, la ficción de la curación de la mano produce una reorganización cerebral que es eficaz en sus efectos corporales, es decir, la mano amputada deja de producir dolor y la mano incapacitada por inflamación y dolor se recupera y desaparecen los síntomas.

Este experimento plantea tres cuestiones clave, la primera es: ¿se podría conseguir el mismo efecto sin el espejo?, ¿se podría aplicar este razonamiento a otros intereses, por ejemplo, psicoterapéuticos? O más bien: ¿estamos ante una escenificación psicoterapéutica rigurosamente reportada desde el punto de vista de sus efectos neurológicos?

Las evidencias empíricas son abundantes y perturbadoras. En el estudio de Fritz y Strack de 1988 se demostró que las personas encontraban más divertidas unas caricaturas cuando las observan sosteniendo un lápiz con los dientes, de modo que su cara parecía sonreír, que cuando sostenía un lápiz con los labios usando músculos incompatibles con la sonrisa (Myers, 2000). Todo indica que “hacer” induce una clase congruente de pensamientos, modificando la percepción de la realidad. Según Schnall (2015): *“Parece que las sensaciones que tiene una persona en cada momento tiñen sus decisiones –aunque sean fundamentales– sobre si algo está bien o no”*. (208)

Lo curioso es que el vínculo Ideo-Motor funciona también en sentido contrario. Tras caminar lentamente como si fueran ancianos, otro grupo de jóvenes tenían más facilidad para el recuerdo de palabras relacionadas con la vejez de un texto que se le dio a leer (Khaneman, 2012). Parece que la experiencia corporal en si posee un carácter informativo y posiblemente directivo sobre la conducta: *“Sentir que la propia conciencia está manchada parece provocar el deseo de limpiar el propio cuerpo, un impulso que ha recibido el nombre de ‘efecto Lady Macbeth’*” (Khaneman, pág 80)

Propongo entonces responder afirmativamente a las tres preguntas anteriores. Todo parece indicar que estamos ante una demostración muy sólida de la capacidad terapéutica de la acción sobre el sistema nervioso, y de algún modo de la validación de la terapia de rol fijo de Kelly del año 1955 donde se invita al paciente a explorar acciones y significados adoptando la personalidad de otro, o siendo otro, durante un tiempo. Propuesta que para los constructivistas actuales sigue vigente dentro del marco de lo que llaman “técnicas para la exploración hipotética” (Neymeyer, 1998).

De la misma forma que el miembro fantasma se rehabilita neuronalmente tras el tratamiento, la ejecución de una identidad fantasma parece eficaz para “incorporar” la acción funcional demanda por el paciente que acude a terapia. Pero lo interesante es que no solo ocurre en el plano neurológico, sino que además, como afirma Neymeyer, dado que el significado se crea a través de la ejecución de actuaciones concretas en situaciones muy definidas, la intervención tiene también efectos inferenciales y de significado: *“...y el desarrollo de un mundo fingido y*

seguro en terapia es una manera de cultivar esas estructuras de significado alternativas” (Neymeyer, 1998).

Un fenómeno que describe la plasticidad del sistema nervioso y la sensibilidad a las experiencias vividas corporalmente. Tanto en Ramachandran, como para Kelly o la visión de Neymeyer, el sujeto sabe que se encuentra ante una ficción. Está ante un espejo y sabe que la mano observada es la de su mano sana, sabe que simplemente está interpretando un papel y sin embargo no logra sustraerse a la experiencia de disponer nuevamente de ambas manos. Y el sistema nervioso produce las modificaciones estructurales necesarias para acomodarse a esa realidad virtual. En cierto sentido ha cambiado la Disposición Relacional que el paciente mantenía con su mano.

Puedo avanzar entonces, Disposición Relacional, como el establecimiento de una congruencia corporal realizada por un individuo para predisponerse a una determinada clase de acciones motoras en respuesta a una situación ambiental, un objeto, o persona, y que concluye con su ejecución o la reiteración de ejecuciones. La Disposición Relacional “agredir”, por ejemplo, puede no satisfacerse con una sola ejecución.

Hasta ahora el componente emocional se ha considerado separadamente del componente motor, a ambos se les ha convertido en dominios explicativos distintos que eran estudiados uno en relación al otro y a un entorno, solo relativamente vinculado a los procesos que tienen lugar dentro del cuerpo del sujeto. Pero con la Disposición Relacional se coloca en primer plano una entidad que permite atender a un nuevo espacio explicativo trológico. El espacio que se encuentra entre la emergencia de (1) la emoción descrita orgánicamente y (2) la acción corporal, prescrita socialmente e iniciada en el conjunto de cambios orgánicos y musculares orientados funcionalmente. Para responder estableciendo una clase concreta de congruencia con (3) un contexto determinado. A ese espacio intersticial entre la emoción subjetiva y la acción objetiva, es a lo que llamo Disposición Relacional.

Toda emoción implica una disposición relacional con el mundo y un dominio determinado de actuaciones. Pero inversamente toda disposición relacional, remite a una emoción, que se puede diferenciar y se corresponde con verbos de acción, tales como, por ejemplo: cuidar, animar, agredir, liderar, inspirar, calmar, etc. No obstante, es necesario señalar la enorme diferencia existente entre la Disposición relacional y el mero actuar, la simple conducta. Es posible llevar a cabo la acción animar sin establecer toda la clase de congruencias corporales y emocionales necesarias para considerarla una Disposición relacional, de donde la actuación es una mera interpretación, regulada falazmente o bien, sujeta a procesos automáticos.

Para llevar a cabo estos procedimientos corporales se necesita previamente el establecimiento de una sincronidad nerviosa que llamo Presencia Emocional Plena, que se fundamenta en el mindfulness y las prácticas de conciencia plena.

Kabat Zinn (1990, 2003) hablando de la atención plena (en Miró, 2006): “la define como la conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, a la

experiencia tal y como es en el momento presente, sin evaluarla y si reaccionar a ella”(pág. 39)

Se trata de experiencias, de algún modo, un estado alterado de conciencia benéfico, cuya definición se asemeja mucho a la de *Fluir* de Csikszentmihalyi, con apenas ligeros matices. Las personas que experimentan ese *fluir* lo describen como un estado de concentración sin esfuerzo y tan profundo que se pierde el sentido del tiempo y de sí mismo y sus problemas, un estado de felicidad intenso que Csikszentmihalyi (1991) lo ha llamado “experiencia óptima”.

La Presencia Emocional Plena es el compendio de ambas experiencias que ocurre cuando el cuerpo en acción es guiado por una emoción experimentada con tal claridad que el resto de la realidad queda opacado, y de tal modo tal que la persona lo vive como una integración completa en el ser, anclado profundamente en el presente y en una experiencia espiritual omnisciente. Y no un mero hacer obligado y forzado.

En esencia, la vivencia profundamente corporal de ser en una emoción que se despliega durante la acción y adquiere un sentido trascendente. De algún modo una experiencia emocional correctiva y generativa.

CONCLUSIONES

La psicología clínica ha pasado mucho tiempo tratando de aportar científicidad a muchas de sus prácticas terapéuticas, consideradas desde siempre poco serias cuando se desarrollaban por medio del cuerpo. De hecho, esa falta de rigor en la fundamentación de estos procedimientos ha otorgado credibilidad a otros bien fundamentados, que de hecho han devenido en prácticas sociales, educativas o terapéuticas, poco adecuadas desde muchos puntos de vista. Los procedimientos educativos basados en el condicionamiento no alcanzaron la eficacia prometida y ya nadie confía en ellos para operar cambios.

La evidencia empírica de todos estos años de psicoterapias corporales enmarcadas de forma imprecisa y en epistemologías rituales, mágicas o energéticas, ha encontrado en la neurociencia cognitiva actual el respaldo necesario para su legitimación científica. Ahora, el desarrollo de la cognición corporal resulta un campo tan prometedor para la robótica como para la mejora de las condiciones de vida de las personas con necesidades de cambio. Contamos ahora con procedimientos capaces de producir las alteraciones morfológicas y funcionales necesarias para obtener la salud.

Trasladar el “efecto Ramachandran” a otras situaciones podría ser la aspiración de una verdadera ciencia de la conducta y de una psicoterapia que asume la acción como un razonamiento en sí mismo. Por eso propongo considerar muy seriamente la psicoterapia basada en el tratamiento de las Disposiciones Relacionales, con técnicas corporales que salen a la búsqueda del efecto Ramachandran. Propongo, por tanto, enseñar a los pacientes una clase de *mindfulness* que se lleve a cabo mientras ejecutan las acciones relacionales que son significativas para el desarrollo

de las competencias, que ellos mismos solicitan al formular la demanda. Asumiendo un visión claramente prospectiva y madurativa frente a la retrospectiva y causalista, que han predominado hasta ahora en todos los procedimientos corporales o dramatúrgicos. Y una visión psicobiológica que asume la neuroplasticidad como el fundamento de todo proceso de cambio conductual, que no puede descansar solamente sobre procesos narrativos.

Referencias bibliográficas

- Anderson, M. L. (2003). Embodied Cognition: A field guide. *Artificial Intelligence*, 149, 91-130.
- Bowlby J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Berger P. y Luhman T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Barsalou, L. W. (2008). Grounded Cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 617-645.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow: The psychology of optimal experience*. Nueva York, NY: HarperPerennial.
- Cebolla, A., Campayo, J. Y Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y Ciencia: De la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Dennet, D. C. (2015). La mente normal y afinada. En Bockman J. (Ed.), *Las Mejores Decisiones* (pp 7-22) Barcelona: Ed. Crítica.
- Ekman, P., y Friesen, W. V. (1978). *The Facial Action Coding System (FACTS): A Technique for the measurement of facial movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P. (1991). *Cómo detectar mentiras*. Barcelona: Paidós.
- Foerster, H. V. (1991). En Pakman, M. (Ed.), *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Foerster V. H. (1995). Construyendo la realidad. En Watzlawick P. y otros, *La Realidad Inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- García, R. (2000). *El conocimiento en construcción: De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos*. Barcelona: Gedisa.
- Grewal, D., y Salovey, P., (2012). Inteligencia Emocional. *Mente y Cerebro*, 2, 62-69.
- Gergen, K. J. (2006). *Construir la realidad: El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Glaserfeld, E. V. (1994). Despedida de la Objetividad. En Watzlawick, P. y Krieg P., (Comps), *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliot R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte press.
- Kabat-Zinn, J. (1997). En Goleman, D., *La Salud Emocional*. Barcelona. Kairós.
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lipchik, E. (2002). *Terapia centrada en la solución: El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Miró, M. (2004). La Atención plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76.
- Mahoney M. J. (2005). *Psicoterapia Constructiva: una guía práctica*. Barcelona: Paidós
- Milgram, S. (1963) Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 67(4), 371-378.
- Morin, E.(1986). El Método: *La naturaleza de la Naturaleza*. Barcelona: Cátedra.
- Maturana, H. (1996). La ciencia y la vida cotidiana: La ontología de las explicaciones científicas. En Watzlawick, P. y Krieg P. (Comps), *El ojo del observador* (pp. 157-194). Barcelona: Gedisa.
- Myers, D. G. (2000). *Psicología Social*. Santa Fe de Bogotá, McGraw-Hill.

- Neimeyer G. J. (1993). El cuestionamiento del cambio: reflexiones sobre la psicoterapia constructivista. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 183-194.
- Nowkowski, P. R. (2015). Commentary. The embodied brain towards a radical embodied cognitive neuroscience, 9, 623. www.journal.frontiersin.org
- Noë, A. (2015). La vida es un modo de ser animal en el mundo. En Bockman J. (Ed.) *Las Mejores Decisiones* (pp. 245-259). Barcelona. Ed. Crítica.
- Kiverstein, J., y Miller, M. (2015). The embodied brain: Towards a radical embodied cognitive neuroscience. *Frontiers In Human Neuroscience*, (9), 237. www.frontiersin.org
- Linden, M. V., Argembeau, A. (2010). Las emociones cemento del recuerdo. *Investigación y Ciencia*, (43), 62-65.
- Ramachandran, V. (2015). Aventuras en neurología de la conducta o lo que la neurología nos puede decir de la naturaleza humana. En Brockman John, (Ed.) *Las Mejores Decisiones* (pp. 73-102). Barcelona: Crítica.
- Ramachandran, V. S. (2011). *The Tell-Tale Brain: A Neuroscientist's Quest for What Make Us Human*. Nueva York: Norton.
- Ross, L., Greene, D., House, P. (1977). The false consensus: An egocentric bias in social perception and attribution process. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 279-301.
- Traue, H. C. (2012). Mímica emocional. *Mente y Cerebro*, (2), 44-46.
- Población K. P. (1997). *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*. Madrid: Fundamentos.
- Schnall, S. (2015). Una sensación de limpieza. En Bockman J (Ed.), *Las Mejores decisiones* (pp. 207-216). Barcelona: Ed. Crítica.
- Schachter, S., Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Seligman, M. E. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.
- Sejnowski T., Delbruk T. (2012). El Lenguaje del cerebro. *Investigación y Ciencia*, (435), 50-55.
- Shapiro, L. (2007). The embodied cognition: Research Programme. *Philosophy Compass*, 2(2), 338-346.
- Shapiro, L. *The Routledge Handbook of Embodied Cognition*. Londres: Routledge.
- Vinograd S., Yalom I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (1955) *La realidad inventada*. Barcelona, Gedisa.
- Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic Bulletin & Review*, 9(4), 625-636.
- Zimbardo, P. G. (1970) The human choice: Individuation, reason and order versus deindividuation, impulse and chaos. En W. J. Arnold , D. Levine (Eds), *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press.

LA RESILIENCIA EN LOS CONTEXTOS DE REFUGIO REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

THE RESILIENCY IN REFUGEE CONTEXT. A REVIEW ARTICLE.

Iciar Villacieros Durbán

Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villacieros Durbán, I. (2016). La Resiliencia en los contextos de Refugio. Revisión bibliográfica. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 139-155.

Resumen

Desde el año 1955, el estudio de la resiliencia, ha ido creciendo en diversas áreas del conocimiento (Santos da Silva, Lacharite, Arruda da Silva, Lerch y Lundardi, 2009). Desde los primeros estudios longitudinales que se realizaron (Werner y Smith, 1982), hasta la actualidad, se ha tratado de un fenómeno complejo, que asume una mayor importancia en contextos de riesgo (Santos da Silva, et al., 2009). De hecho, son los estudios de poblaciones rurales en extrema pobreza, los primeros en demostrar la existencia de este concepto y sus implicaciones a nivel familiar (Werner y Smith, 1982). De igual modo, el concepto de resiliencia es un acercamiento con grandes ventajas para acercarnos al fenómeno de las migraciones, especialmente cuando pobreza y migración se solapan y comparten sus principales características (Guribye, 2011). Definimos resiliencia como: “La capacidad de la persona para recobrar de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos, Walsh (2004, p.26)”. Esta capacidad ha sido estudiada habitualmente desde la mirada del traumatismo individual, sin observarlo en su contexto y de forma dinámica. En cambio, el concepto de resiliencia familiar, pondría el foco en superar la crisis y el desafío desde las herramientas del propio sistema familiar movilizándolo ciertos recursos para hacerle frente, a pesar de parecer superadas por la situación (Delage, 2010). Tal y como explica Benzies y Mychasiuk (2009) la resiliencia familiar no se desarrolla por medio de la evasión, sino poniendo en marcha mecanismos protectores para enfrentar las situaciones de adversidad y salir de ellas más fortalecido. En esta revisión bibliográfica de las investigaciones más actuales en resiliencia y refugio encontramos algunos de los factores las claves. Además, se propone el modelo ABCX (McCubbin, 1983) como un acercamiento aplicable al fenómeno de la resiliencia en contexto de refugio desde su dimensión de la familia. Por último se exponen algunas conclusiones y futuras investigaciones sobre el tema.

Palabras clave: resiliencia, refugio, trauma, familia.



Abstract

Since 1955, resiliency studies have been published in different disciplines (Santos da Silva, Lacharite, Arruda da Silva, Lerch, & Lundardi Filho, 2009). The first longitudinal studies (Werner & Smith, 1982) show the complexity of resiliency, and how it increases in risk contexts (Santos da Silva and cols, 2009). In fact, researches performed in the context of extreme rural poverty where the first ones in validating the concept of resiliency and its implications for families (Werner & Smith, 1982). Thus, resiliency can be an appropriate approach to the study of international migrations, especially in conjunction with poverty (Guribye, 2011). Resilience is defined as "people's capacity of recover from adversity, and get stronger and with more resources Walsh (2004, p.26)". This capacity has usually been studied considering the different elements of individual trauma, leaving aside its contexts and dynamic aspects. However, the familiar resiliency approach puts the spotlight on overcoming the crisis using the familiar system tools, their resources too face it, even when they seem overwhelmed (Delage, 2010). As shown by Benzies y Mychasiuk (2009), familiar resilience does not appear when avoiding adverse situations; but while facing these situations. The results of this process are strengthened people and families. In this research performed over the most current investigations run on resilience and shelter, we can find some of the key drivers of the key elements. Also, the ABCX model (McCubbin, 1983) is proposed as an approach applicable to the resilience phenomenon in the refuge from its family dimension context. Closing the document presents some conclusions and future researches in progress on the subject.

Keywords: *resiliency, refugee context, trauma, family.*

1. Introducción: El refugio como situación traumática.

La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (Ginebra 1951) y su Protocolo de Nueva York en 1967, en el Artículo 1A (2) define a un refugiado como cualquier persona que: *“Debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de al país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él “* (Acnur, 2016). Por lo tanto necesita acogerse a la protección internacional.

En el año 2014 el Alto Comisionado para las Naciones Unidas (ACNUR) registró 866.000 nuevas solicitudes de asilo en el mundo, 269.400 más que el año anterior. Se calculan que son los segundos niveles más altos a nivel mundial desde los años 80. Entre los principales países receptores, Europa recibió un total de 714.300 solicitudes, que suponen el 80% de todas las nuevas solicitudes presentadas en el año. La mayoría personas que cruzaron el mediterráneo procedentes de la República Árabe Siria y Eritrea. En Norteamérica se presentaron 134.600 solicitudes, donde más de la mitad procedían de México (Acnur, 2014).

El Informe Tendencias Globales 2015 del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) afirma que el desplazamiento forzado global ha aumentado en 2015, alcanzando una vez más niveles sin precedentes. Al término del año, había 65,3 millones de personas desplazadas forzosamente en todo el mundo a consecuencia de la persecución, los conflictos, la violencia generalizada o las violaciones de derechos humanos. Esto son 5,8 millones de personas más que el año anterior – 59,5 millones– (Acnur, 2015). La población global sometida a desplazamiento forzado se ha incrementado de manera sustancial durante los últimos dos decenios, pasando de 37,3 millones en 1996 a 65,3 millones en 2015: un aumento del 75%. Desde 1999 hasta 2011 esta población permaneció relativamente estable, fluctuando en torno a unas seis personas por cada 1.000 de la población mundial o una de cada 167 personas. No obstante, desde entonces, y coincidiendo con el comienzo de la “Primavera Árabe” y del conflicto sirio, esta proporción se ha incrementado de forma acusada y al concluir 2015 era de casi nueve de cada 1.000 personas o una de cada 113 personas (Acnur, 2015).

El conflicto en la República Árabe Siria, que entró en su quinto año en 2015, recibió una atención mundial significativa debido a las grandes entradas de refugiados y a las necesidades humanitarias generadas. No obstante, contribuyeron también al aumento de la población mundial en situación de desplazamiento forzado otras crisis y conflictos no resueltos, así como los que surgieron a lo largo del año, como los nuevos conflictos de Burundi, Irak, Libia, Níger y Nigeria, y la reactivación de las crisis no resueltas de Afganistán, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Sudán del Sur y Yemen (Acnur, 2015; CEAR, 2015).

En algunos estudios se distingue el estatuto de refugiado de la figura del solicitante de asilo, en proceso de ser reconocida su condición de refugiado, como distintas figuras a nivel legal. Otras categorías son los desplazados internos, apátridas o los grupos de retornados. Este último grupo lo constituyen los que han sido reasentados en un país seguro. Por lo que se encuentran también estudios con esta población, realizados en el país de acogida (Boucher, 2009; Lewis, 2010; Shteir, 2009).

Aquellas personas que a pesar de vivir en contextos traumáticos como el refugio, desarrollan mecanismos sanadores, para ellos y sus familias saliendo fortalecidos son el objeto de esta revisión bibliográfica. Dado que las situaciones de violencia y trauma son una realidad continúa, el profundizar en esos mecanismos de resiliencia puede dar pie a futuros trabajos de prevención en contextos de trauma.

1.1. Trauma y refugio:

El contexto de refugio, conlleva numerosos traumas; el desplazamiento, las separaciones, la exposición a la violencia, la persecución o el maltrato son algunos de los eventos dolorosos que encontramos en la literatura (Hobfoll, 2011). Constituyen pérdidas tanto materiales, como emocionales o psicológicas (Horn, 2009). Por ejemplo, una de las más significativas es la pérdida del hogar. Para los niños estudiados por Rosbrook (2010) fue considerada como un evento traumático y estresante principalmente en aquellos que asociaban el hogar con la variable lugar seguro.

Desde la psicología clásica y la psiquiatría, se ha abordado la experiencia traumática mediante la medición de síntomas patológicos. En concreto midiendo depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Así se puede observar que, derivado de estas experiencias traumáticas, muchas personas desarrollan malestar emocional y sintomatología psiquiátrica. Hobfoll (2011) examina los límites de la resiliencia en una muestra de 1200 personas supervivientes de la violencia en Palestina, basándose en instrumentos clínicos encuentran una alta prevalencia de TEPT y depresión. En este estudio no se encuentran factores de protección ni desarrollo de resiliencia en estas mismas personas. En la misma línea, Vaage (2011) evalúa sintomatología psiquiátrica (TEPT y síntomas de ansiedad, depresión y agresividad) en la población de refugiados vietnamitas asentados en Noruega. Como resultado encontraron que el 30% de las familias tenía un progenitor con sintomatología psiquiátrica. Klasen (2010) examina una muestra de 330 adolescentes y niños soldados con edades comprendidas entre 11 y 17 expuestos a la violencia en Uganda, de los cuales solamente el 27,6% no mostraron sintomatología de TEPT, de depresión, ni problemas conductuales o emocionales.

Sin embargo, también se puede observar la experiencia traumática desde el punto de vista de la resiliencia, o del desarrollo de mecanismos sanadores.

La palabra resiliencia viene del término latino “resilio” que significa “volver atrás”, o “volver de un salto” al estado inicial y fue utilizada originariamente para referirse a la cualidad de elasticidad de un material. El término fue adaptado a las ciencias sociales, para referirse a “Aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos” (Rutter, 1993).

Walsh (2004) define resiliencia como “La capacidad de la persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos”. Manciaux (2003) como “La capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”.

Aunque no existe un consenso sobre la definición de resiliencia, en el presente artículo, nos referiremos a este último enfoque, desde donde hemos llevado a cabo la revisión bibliográfica.

2. Factores de resiliencia en el contexto de refugio:

Como se revisa a continuación, existen numerosos estudios sobre factores de riesgo y protección en el desarrollo de la resiliencia. En su mayoría, señalan que la ausencia de un factor protector, se convierte en uno de riesgo. Se presenta ahora un modelo que, aunque no fue creado para el fenómeno de la resiliencia, nos ayuda a enmarcar dichos factores de forma cronológica: antes, durante y después del trauma.

2.1. El modelo de doble ABCX de adaptación familiar

El modelo ABCX de adaptación familiar de McCubbin y Patterson (1983) es una adaptación del modelo de Hill (1949), propuesto al final de la segunda guerra mundial, después de observar cómo afrontaban la separación y posterior reunión las familias en contextos estresantes.

Este modelo (McCubbin y Patterson, 1983) no pretende explicar la sintomatología, sino que relaciona los factores que inciden en las familias y las respuestas, adaptativas o no. La propuesta se centra en las variables post trauma que la familia pone en juego para superar el estrés y adaptarse a la situación de la forma más exitosa posible. Además, sitúa la adaptación familiar inicial como mediadora entre el riesgo previo del menor y su adaptación psicosocial posterior.

Los componentes del modelo son: El factor estresante y las demandas acumuladas (factor A), los recursos familiares (factor B), la percepción de la familia sobre el evento estresante (factor C) y el resultado de la adaptación familiar y del niño (factor X).

El orden temporal de los factores A, B y C, resulta finalmente alterado, ya que las percepciones y evaluación que hace la familia, son una variable que afecta directamente a los recursos familiares que pone en marcha. Por lo tanto se trata más de un modelo ACB que ABC.

Este modelo distingue dos momentos: la etapa de crisis, o fase de ajuste, en donde la familia pone en marcha solamente algunos mecanismos para afrontar estresores puntuales, y la etapa post crisis, o de adaptación, donde tiene que hacer un cambio estructural que garantice el equilibrio del sistema.

2.1.1. El factor A:

Este factor se refiere por un lado a las características de evento estresante o traumático y por otro a la acumulación de estresores que conlleva. En el modelo doble se propone no sólo un factor puntual traumático, sino una acumulación de varias demandas que afectan al sistema familiar, aunque exista un elemento estresor que precipite la crisis. El afrontamiento no solo depende de este evento traumático sino de la configuración de estresores, demandas o tareas que se presentan a la persona.

Características del trauma:

Las características del trauma pueden influir en la resolución del mismo. Tomkiewitz (2004) afirma que la resiliencia tiene unos límites en la intensidad de su desarrollo que variarán en función de algunos aspectos; entre ellos de la cantidad de agresión y la calidad de agresión (puntual e intenso o crónico y prolongado).

La primera característica referida a la cantidad de agresión y su carácter persistente. Si los hechos estresantes se acumulan de manera continua como es el caso de los contextos de refugio y requieren un despliegue de recursos constante y demandante, el impacto será mayor (Achoategui, 2009). Respecto a la intensidad del trauma, ésta se ha estudiado en conflictos bélicos, como el palestino, donde los años de exposición lo convierten en un evento crónico. Los síntomas del TEPT y depresión son mayores cuando el evento traumático es prolongado y los recursos de resiliencia se ven sobrecargados (Hobfoll, 2011). En este mismo estudio, las personas que afirmaron estar menos expuestas a la violencia política, no haberla vivido directamente, ni haberla visto, desarrollaron menos síntomas de TEPT y depresión (Hobfoll, 2011), lo que señala la influencia de la menor intensidad de la vivencia traumática en su sintomatología.

Acumulación de demandas:

La acumulación de demandas estresantes se estudian en Bonanno (2010). Este autor explica la dificultad de encontrar resiliencia cuando el trauma es crónico ya que al darse una mayor acumulación de demandas es posible que los recursos estén sobrecargados y que los procesos de desarrollo de resiliencia sean más lentos. Así mismo, el trauma repetido, sumado a otros eventos estresantes como las condiciones de pobreza extrema y bajos recursos que padecieron los Palestinos encuestados dificulta la resiliencia (Hobfoll, 2011). Además, el hecho de iniciar el afrontamiento del evento estresante con niveles de sufrimiento mayores, conlleva un peor pronóstico ante el trauma (Hobfoll, 2011).

2.1.2. Factor C: Creencias, evaluación de la situación:

El factor C, se refiere a la evaluación y percepción que se hace de los eventos estresantes y de la demanda (Factor A). Según como sea esta evaluación, puede convertirse en factor de riesgo o protección para el desarrollo de mecanismos sanadores. De ahí su importancia como variable mediadora para la intervención terapéutica.

McCubbin (1983) lo define como “Percepción y coherencia” y supone la aceptación y entendimiento familiar para enfrentarse a la situación, en tres aspectos: control, sentido o “meaningfulness” y comprensión. El “control” se refiere al grado en que la familia cree que tiene de capacidades para afrontar el evento estresante. El “sentido” supone que a la familia le merece la pena enfrentarse al evento, o el significado que le dan al mismo. Y la “comprensión” alude a si el evento les resultaba esperable. Así, la percepción y la coherencia se convierten factores de mediación entre la crisis y la adaptación familiar.

Por lo tanto, en un primer nivel se encuentra lo predecible o expectativas inmediatas con respecto al trauma, en el que entrarían evaluaciones sobre si era esperado; Tomkiewitz (2004) afirma que una de las variables de las que depende la resiliencia es la imprevisibilidad o previsibilidad de la situación traumática. También Parkes (1988) apoya este mismo punto, añadiendo que los sucesos más peligrosos para la integridad psíquica son, entre otros, los que sobrevienen bruscamente sin tiempo de preparación.

En un segundo nivel estaría el sentido que se le otorga al trauma, refiriéndose a la tendencia a percibir el mundo de manera global como coherente y con sentido. Este concepto fue acuñado por Aaron Antonovsky en 1987, que afirma que el estado normal del ser humano en su medio ambiente es el orden y el caos, y no la estabilidad. Por esta razón buscar conocer cuáles son los factores que promueven la estabilidad y encuentra el “sentido de coherencia” que lo define como una orientación global que ve la vida como algo razonable, manejable y significativo. Implica la confianza en que hay un sentido para las cosas que parecen desordenadas, y que este sentido puede ser comprendido, previsible y controlado. Especialmente se ha desarrollado este concepto en los contextos de refugio a nivel comunitario, donde un mayor sentido de coherencia sobre los hechos ocurridos permitía predecir una mejor superación y adaptación, con resultados más satisfactorios en la comunidad. El uso de las historias, narrativas compartidas que dan un sentido a la crisis, como el método de “Línea del tiempo colectiva”, que también se presunta un recurso protector para la muestra de refugiados en Rochester (Boucher, 2009).

Walsh (2004) habla de este segundo nivel, como “dar significado” o “make meaning” (meaningfulness) y lo define como: “Generar narrativas que den sentido a nuestras vidas, entre las cuales incluye tres aspectos: Dotar de sentido a la adversidad, perspectiva positiva y trascendencia y espiritualidad. Es el mismo término que Barudy (2006) describe como la importancia del “segundo golpe” o narración mental que se hacen de los hechos. Este autor estudia cómo la evaluación

realizada por el propio contexto y familia da lugar a diferentes secuelas (TEPT) y/o a un sentido individual y familiar. En el estudio de Boucher (2009) con refugiados asentados en Rochester (EEUU) se validó la utilización de cogniciones o auto-mensajes del tipo “Podemos hacer algo más que sufrir”. Estos mensajes funcionaron como narrativas coherentes y esperanzadoras para la población. Así mismo, los niños soldados con bajas cogniciones de culpa y menor motivación de venganza (expuestos a la violencia en Uganda), tampoco mostraron sintomatología psiquiátrica (Klasen, 2010).

En la misma línea, el “Modelo de conceptualización de los supervivientes” del holocausto judío pone de manifiesto la existencia de factores de protección, como el transmitir valores y educar con memoria a la siguiente generación (Cohen, 2010). En una muestra de 133 supervivientes del holocausto judío, darle un sentido a los eventos, adaptarse y crecer funcionaron como factores de protección (Greene, 2010).

Igualmente ocurre con la muestra de mujeres víctimas de violencia sexual en Ruanda, que relacionaban su mejoría emocional con la neutralización del estigma al dar un significado al trauma (Zraly, 2010). Y en el estudio de los niños refugiados de Svensson (2009) dar significado al trauma a través del dialogo mejoro su sintomatología psiquiátrica.

La esperanza o “Sense of hope” también puede ser un potencial activador de recursos que aparece en la investigación. En el estudio sobre como las personas superan los riesgos en contextos de adversidad en Afganistán, en 2006 se realizaron entrevistas cara a cara a 1011 niños de 11 a 16 años y a 1011 adultos que les cuidaban. Para ambos grupos, la esperanza, como valor familiar y de unión fue el pilar sobre el que sostenerse ante las adversidades (Eggerman y Panter-Brick, 2010).

Por último, para dar sentido al trauma, el uso de las cogniciones, también fue valorado por los refugiados en Rochester, NY. Este grupo afirma haber utilizado mensajes que diferenciaban su identidad del hecho del trauma, como “We can do something more than suffer”, o el uso de “Double consciousness,” como pensar y no pensar en el trauma continuamente. Otras cogniciones motivacionales e ilusiones tras la vivencia traumática, como por ejemplo las ganas de emprender viajes, o sueños nunca realizados y la capacidad de recordar lo que les movió a irse, fueron otro de los factores que ayudaron a su adaptabilidad (Boucher, 2009).

2.1.3. Factor B: Recursos y descripción de los factores de resiliencia:

El Factor B, suponen los recursos que pongo en juego, tanto de los miembros individualmente, como de la familia y su red de apoyo social. Son los recursos existentes previos a la crisis, como los que la familia pone en marcha posteriormente y median entre la acumulación de demandas y la adaptación familiar.

La literatura sobre los factores de protección es amplia y sitúa estos factores en tres niveles: individual, familiar y social. Conviene aclarar como suelen

funcionar en conjunto y como ninguno de ellos por sí mismo es determinante.

A Nivel Individual:

Edad: No existe un acuerdo sobre si las personas jóvenes se adaptan mejor que las mayores. En principio se podría pensar que se adaptan mejor, pero las crisis a edades muy tempranas también suponen riesgos para el desarrollo. Especialmente se han encontrado resultados donde la edad es un factor de riesgo para el afrontamiento del contexto de refugio, siendo los más jóvenes los más vulnerables (Wickrama y Kaspar, 2006).

Conocimiento de la lengua del país de destino: Los recursos a la llegada, como conocer la lengua del país, son fundamentales para la adaptación. En la muestra de refugiados asentados en Canadá, fueron las dificultades de comunicación, la dificultad del lenguaje y las diferencias culturales, las que generaron mayor estrés (Kirmayer, 2011).

Educación: la formación y educación de las personas refugiadas en Kakuma, (Kenia) así como, el nivel de capacidades humanas y psicológicas y el bagaje previo, fueron algunos de los factores protectores observados que más valoraban para su adaptación (Horn, 2009). En el estudio de los menores refugiados en Dinamarca, se analizan y comparan factores previos (número de traumas, intensidad antes de su llegada, la educación de la madre), y otros posteriores (experiencias de discriminación en el nuevo colegio, el cuidado de los profesores, mantener o no su vida religiosa, el género, o la integración cultural). Como conclusión se observa que la madre reciba educación en el país de destino es un factor de resiliencia (Montgomery, 2008).

Perspectiva positiva: Walsh (2004) define el enfoque positivo como la perseverancia, el aliento, el coraje, la esperanza enfrentar los hechos traumáticos. Así como el apoyo en puntos fuertes y la dominación de lo posible y la aceptación de lo que no se puede cambiar. Los refugiados en Rochester, NY, reconocen el uso de mensajes positivos en su cabeza favorecer su autoestima y sentimientos de bienestar (Boucher, 2009).

Transcendencia y espiritualidad: Las creencias espirituales o trascendentes son fuentes de significado, y de propósito que van más allá de nosotros y de nuestra adversidad. Los refugiados en Rochester, NY, ponen de relieve la importancia para ellos de la fe, de rezar cada día (Boucher, 2009). En la muestra de niños soldados de Uganda los factores de resiliencia se relacionaron con mayor soporte espiritual percibido (Klasen, 2010).

Humor: El humor, o la risa fue otro de los factores utilizados para superar la adversidad en el grupo de refugiados en Rochester (Boucher, 2009).

Capacidad artística, creatividad: La capacidad de expresión artística puede constituir una forma de comunicación sanadora, cuando no se conoce el idioma supone una forma de no aislamiento de resolución del trauma. Los refugiados en Rochester comentaban entre las actividades creativas que les sirvieron de sostén:

“cocinar, bailar, plantar, pintar” (Boucher, 2009).

Actitud pro-activa a la hora de integrarse: La actitud a la hora de integrarse, (King, 2010) ha sido estudiada en el estudio cualitativo de las familias refugiadas de Yugoslavia, resultado de la guerra de los Balcanes de 1990, en el sur de Australia. A través de entrevistas semi-estructuradas, para examinar la experiencia de antes, durante y después de los conflictos, se identifican 3 patrones: integración activa, pasiva y segregación a la hora de integrarse. Los resultados muestran la relación de la integración activa con la adaptabilidad familiar.

Otras capacidades emocionales: Se han encontrado evidencias de habilidades emocionales que funcionan como factores de resiliencia, como el autocuidado o la auto-regulación. En la muestra de refugiados asentados en Estados Unidos, el auto-cuidado de sus cuerpos, imagen, e higiene fue un factor de protección emocional ante la adversidad (Boucher, 2009). Así como en el estudio de Archuleta (2015) los adolescentes migrantes llegados a Estados Unidos, relacionaron su bienestar emocional y capacidad de auto-regulación emocional.

A Nivel familiar:

La resiliencia familiar ha estado muy debatida. Uno de los aspectos más llamativos de la definición de Manciaux (2003) es que incluye al “grupo”, como agente resiliente, lo cual nos hace pensar las posibilidades de la familia como grupo, o agente de resiliencia, no solo a los menores afectados de forma individual. El enfoque familiar de la resiliencia, no ha sido común en los primeros años de desarrollo teórico. Se comenzó apostando por un enfoque individual, de factores que un miembro del sistema familiar desarrollaba a “a pesar” de la disfuncionalidad de la misma. Por lo tanto se ha conceptualizado la familia como carente de resiliencia, enfocándola como causante de patologías. Walsh (2004) propone una mirada desde sus capacidades, en vez de mirar individuos resilientes y familias perturbadoras. Son numerosos los estudios de investigación que evidencian que los factores de protección familiar guardan relación con el bienestar de los hijos. En el estudio piloto de 12 menores marroquíes no acompañados, mejora su sintomatología, al iniciar el trabajo de búsqueda de su red social y apoyo familiar e incorporarlos al programa. Se mide depresión, autoestima, alexitimia y relaciones familiares. Los resultados mostraron en el pre-test y post-test variabilidad con y sin familia. La sintomatología en las variables medidas disminuye al incluir en la segunda fase a la familia. Concluyen que trabajar con la familia en origen de los menores no acompañados es un factor relevante (Martínez de Apellániz Alday Ochoa, 2009). En las familias camboyanas refugiadas en EEUU, el mantener su identidad familiar y el contacto en ambos países, se convierte en un factor de protección. Un ejemplo de esto serían las llamadas “familias transnacionales” que mantienen el contacto con su familia en el país de origen y a su vez se integran en el país de destino (Lewis, 2010).

La memoria familiar: Numerosas investigaciones avalan la memoria como

factor de resiliencia, y en concreto la colectiva y familiar. Las narrativas, la transmisión generacional, contar sus historias a otros y compartirlas a través de distintas formas como el método de “Collective narratives timelines”, fue un recurso protector para la muestra de refugiados en Rochester. Así mismo, a la hora de afrontar el trauma recomiendan el “perdonar y recordar” a la vez (Boucher, 2009). A igual que para los supervivientes del holocausto judío, en el estudio que revisa 40 memorias, 60 años después de su liberación. Fueron elegidos al azar del estudio previo de John Templeton Foundation “Forgiveness, resiliency, and survivorship among holocaust survivors”. Como factores de protección aparecen: la reconstrucción familiar de los hechos, el transmitir valores, contribuir a la comunidad y el educar a la siguiente generación (Cohen, 2010).

Figuras de apego con patología: Como ya hemos mencionado, la salud mental de las figuras de apego es un factor protector, que en su ausencia es un importante riesgo.

Parece que todavía está en cuestión, si los padres afectados por traumas son capaces de ser tutores de resiliencia de sus hijos o deben ser “sustituidos” por otras figuras como los profesionales. En el estudio del tsunami de Sir Lanka, las madres deprimidas correlacionaron con mayores síntomas de TEPT en sus hijos adolescentes. Parece que los menores son más vulnerables a la sintomatología parental, para sostenerse frente a la adversidad (Wickrama y Kaspar, 2006). En el estudio de Montgomery (2008) fue la importancia del vínculo con la madre y su salud mental es un factor protector de los menores refugiados en Dinamarca, en su proceso de asentamiento a su llegada. El objetivo del artículo fue aclarar la influencia de las experiencias traumáticas antes de la migración, frente al impacto de la vida social y redes a la hora de instalarse en el país de destino. La población fueron 131 niños y adolescentes (15,3 años de media) refugiados que llevaban entre 8 y 9 años asentados y 67 familias. Se estudiaron los efectos a largo plazo en estos menores, tanto a nivel individual, familiar como comunitario. El estado de salud mental de la madre, resultó ser relevante para la estabilidad de los hijos.

Vaage (2011) aporta una perspectiva longitudinal de niños y adolescentes refugiados vietnamitas (N=94) y sus familias asentados en Noruega durante 23 años, recogiendo la historia, exilio y adaptación. Con el objetivo de analizar la asociación entre estrés psicológico y la sintomatología familiar, en busca de predictores parentales posibles causantes de patologías en los hijos. El método utilizado fue la información recogida de los padres a su llegada en 1982 (T1), después de tres años en 1985 (T2) y 23 años después (T 3) de su llegada y asentamiento. Los instrumentos utilizados para medir salud mental fueron el “Global severity index GSI”, SCL90 de síntomas de patología (ansiedad, depresión, agresividad...). Para los niños (4-18 años), usaron el Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). Los resultados muestran que del total de la muestra, el 30% de los niños tenía un padre/madre con sintomatología psiquiátrica. Un predictor negativo de salud mental encontrado fue, que de los padres con TEPT en estado T3

correlacionaban con hijos con sintomatología psiquiátrica. Se puede concluir que los hijos de refugiados no tienen por qué ser una población patológica forzosamente, pero si el padre tiene sintomatología de TEPT si hay que considerarlo como un factor de riesgo.

No se encuentran estudios que demuestren que los traumas en padres no generan traumas en hijos, pero si existen estudios realizados en población judía, que a través de la resignificación del trauma (narrativas familiares), parecen proteger a la siguiente generación. A este fenómeno se le ha llamado la “La transmisión del trauma entre generaciones” y se ha analizado en víctimas del Holocausto judío (Cohen, 2010).

Mantener las raíces familiares, cultura, etnicidad, identidad familiar: El concepto de etnicidad también está poco consensuado. Falicov (2011), insiste en la importancia de mantener la cultura propia, la identidad y las tradiciones del país de origen, como factor de protección en los migrantes económicos. Se trata de mantener vivo un sentimiento positivo, de pertenencia a unas costumbres, lengua y raíces.

En el estudio de la comunidad de refugiados de Melbourne, Australia (Correa-Velez, Gifford y Barnett, 2010). Se entrevistan las familias con hijos de 11 a 19 años de edad, donde la identidad familiar se convierte en un factor de protección, junto con el sentimiento de pertenencia a su familia, a su comunidad y al sitio donde se han reasentado. Igualmente la preservación de los valores tradicionales de los Jemeres Rojos, pueden explicar la adaptación positiva a un país hostil (Rousseau & Drapeau, 2003). Chrispin (2012) también analiza la importancia del apoyo familiar y mantener las raíces culturales del país de origen en una muestra de adolescentes Haitianos en América sometidos a altos niveles de estrés. Parece que la influencia de los padres o familia fue un protector para el bienestar emocional de los adolescentes. De la misma forma que los adolescentes migrantes del estudio de Carmeron, Pinto y Tapanya (2014) que aumentaron su autoconfianza, satisfacción con la vida y crecimiento personal, gracias a compartir actividades familiares y tener apoyo de sus padres.

Capacidad empática, de contención, comunicación y expresión emocional: La buena comunicación familiar es el engranaje de las relaciones, lo que favorecen la superación de situaciones traumáticas. Bajo este título Walsh (2004), incluye la claridad, la expresión emocional, y la resolución cooperativa de problemas. La claridad hace alusión a los mensajes claros y coherentes, la expresión emocional se refiere a compartir sentimientos, empatía, tolerancia, responsabilidad de las emociones de cada uno y el humor. Algunos de estos factores ya han sido mencionados en contextos de refugio, en las investigaciones de Boucher (2009) como el apoyo mutuo familiar y la expresión emocional.

Aceptación del ciclo vital: Las familias funcionales tienen un concepto del tiempo y del devenir, como un proceso continuo de crecimiento y cambio que progresa a lo largo del ciclo vital (Walsh, 2004). Algunas familias ante la adversidad

y un contexto amenazante para ellos, se aglutinan, de forma que el ciclo se pueda estancar y con ello el crecimiento de los hijos. Es importante continuar con el ciclo vital familiar, a pesar de estar en el exilio, o con dificultades de adaptación. En el Campo de Kakuma (Kenia) uno de los factores de riesgo que aparecen, asociado a la desesperanza, fue el no tener un futuro sobre el que proyectarse (Horn, 2009). Los jóvenes refugiados sin posibilidad de trabajar, pueden desmotivarse sin posibilidad de proyectarse en el futuro y con sus etapas de desarrollo vital congeladas.

Rituales: Los rituales son otra de las formas que mantiene vivas las redes comunitarias y dan una identidad a las personas que participan de ellos. Falicov (2011), en su análisis de las familias inmigrantes económicos, o familias transnacionales insiste en la importancia de no perder tus raíces, o lo que llama “no lavar la tierra de las raíces de la planta que cambias de sitio”, para conservar una estabilidad y salud familiar. Los rituales de paso, el contacto con las redes sociales étnicas, reproducir los espacios culturales propios en el nuevo país de destino mejoran la depresión en mujeres y los síntomas de agresividad en hombres. Boucher (2009) también menciona entre sus resultados, las tradiciones y las celebraciones de sus ritos como factor de protección.

Resolución de conflictos: La resolución de las crisis y problemas familiares desde la alianza entre los padres favorece al sistema familiar. Walsh (2004) se refiere a una resolución cooperativa con un liderazgo compartido de los padres, como “arquitectos de la familia”. En los contextos de refugio las familias pueden ser variadas en su estructura, monoparentales, biparentales o con figuras de abuelos o tíos reasentados juntos. Para dar estabilidad a los hijos es importante la cooperación de los adultos y el apoyo mutuo, en la resolución de conflictos. Entre los refugiados asentados en Australia originarios del cuerno de África, se señalan, como uno de los obstáculos para la integración fueron los conflictos familiares (Shteir, 2009).

A Nivel Social:

Parece que la resiliencia es social, familiar, contextual y comunitaria. Todas estas palabras son sinónimos de red social y apoyo para reconstruirse. “No es posible reconstruirse solo”, como señala Barudy (2006), por lo tanto la importancia de las figuras o tutores de resiliencia es vital. Así el contexto, los apoyos sociales, amigos o comunidad pueden funcionar como “tutores de resiliencia”.

Apoyo comunitario: Las comunidades de origen de las personas desplazadas, funcionan como familias sustitutas en el contexto de refugio. El enfoque comunitario de resiliencia fue un recurso de protección espontánea del pueblo Tamil de la India, durante su asentamiento en Noruega (Guribye, 2011). Su mecanismo sanador, tuvo que ver con aprovechar los recursos comunitarios compartidos y darle un significado cultural en comunidad. Los imprevistos fueron tomados como “desafíos” y les obligaron a adaptarse y desarrollar más estrategias de superación comunitarias. Definen su experiencia como: “Desarrollo de estrategias comunales

proactivas de superación, o el proceso por el cual un grupo se sienten responsables de su futuro bien estar y cooperan para promoverlo y prevenir indeseables cambios” (Guribye, 2011).

En el Campo de refugiados de Kakuma (Kenia) concluyen como una de las mayores pérdidas ocurridas durante el desplazamiento fueron: la hostilidad entre grupos sociales. Y añaden como factor de protección las redes sociales y la estructura comunitaria (Horn, 2009).

Así mismo, en la muestra de 136 migrantes mexicanas (Marsiglia, 2011) la diferencia encontrada entre las que desarrollan sintomatología depresiva y desesperanza, y las que no, fueron las que mantuvieron un sentido de pertenencia a su comunidad. Igual que ocurría con la muestra de mujeres víctimas de violencia sexual de Ruanda, que relacionaron su mejoría con estar conectadas a una red social (Zraly, 2010). Tras la experiencia del huracán Katrina, en un estudio cuatro años después (Bava, 2010) se ven como factores sanadores, la colaboración para resolver lo que ocurrido en comunidad, entenderlo juntos y la participación en actividades comunitarias.

Un resultado positivo encontrado en la muestra de padres refugiados en Noruega, fue que los que habían conseguido una mayor inserción y red social 23 años después, no encontraron patología en los hijos (Vaage, 2011) Los refugiados asentados en Rochester, también señalaron que las fortalezas comunitarias les ayudaron a sostenerse durante los efectos del trauma (Boucher, 2009). Este factor, en su ausencia se convierte en un riesgo, como analizan en la investigación sobre la exposición a la violencia en Palestina. Los resultados peores pronósticos de recuperación, cuando la acumulación de estresores unido a la falta de apoyo social (Hobfoll, 2011).

El contexto de llegada: La influencia del contexto de acogida es otro factor clave. En el estudio de Horn (2009) la sintomatología de los refugiados disminuye con forme tienen apoyo social y red comunitaria en el campo. Los participantes admiten que de los países con violencia de donde provenían, las condiciones eran más duros, pero tenían familia y red de apoyo social.

En cambio en los campos de refugiados a menudo, han sido separados o las redes de su comunidad y cultura son más débiles lo que aumenta sus sentimientos de desesperanza.

En una muestra de refugiados (19 a 40 años de edad) sudaneses que vivían en Australia desde hacía 5 años, realizan entrevistas y “freelisting” con lo que fueron para ellos “ayudas y estorbos” para su integración. Entre las conclusiones encuentran como, no solo influyen los traumas del pasado, sino también las dificultades de adaptación al nuevo país son importantes para la superación (Shakespeare-Finch, 2010).

Recursos materiales a la llegada: En el estudio de los refugiados en Afganistán, en 2006, para las personas entrevistadas, los aspectos que más les afectaban eran la pobreza económica, social y la falta de educación (Eggerman &

Panter-Brick, 2010).

Los refugiados asentados en Australia originarios del cuerno de África, se observan como los obstáculos para la integración fueron: la falta de información, soporte y falta de ayuda para tener una casa a su llegada (Shteir, 2009).

Políticas de integración y apoyo: Una de las necesidades que favorecen una adecuada integración de los menores refugiados, son las sociales y emocionales a su llegada en el país de acogida. Las experiencias de los niños en el país de origen, no solo son de pérdidas, violencia o persecuciones empeoran, si a la llegada o durante la migración sufren potenciales traumas y tienen consecuencias sobre el desarrollo de niños y jóvenes aun en crecimiento (Hart, 2009).

3. Conclusiones:

Para terminar, se han elaborado las siguientes conclusiones y propuestas de futuras líneas de investigación:

1-Es necesaria una definición unificada de la resiliencia, y una perspectiva común para los futuros estudios. De forma que cuando se analice el constructo nos podamos referir al mismo, con sus cualidades y características comunes. Facilitaría el avance científico, las comparaciones entre distintas muestras y los análisis. Así mismo, en el ámbito de la intervención ayudaría al diagnóstico, prevención, tratamiento y evaluación de la resiliencia en las poblaciones afectadas por traumas.

2-También es necesaria una revisión de los métodos de medida ya existentes de la resiliencia, tanto para el avance científico como para la intervención. Sobre todo si la comprendemos como un constructo en interacción dentro de un contexto social y/o familiar.

3-En el contexto de refugio, parece que la resiliencia no se relaciona tanto con el tipo de trauma, su intensidad o características, o los factores de riesgo sino con la adaptación posterior o el contexto de “acogida” del trauma. Ahí se ponen en juego la resiliencia en todas sus formas. Una interesante línea de investigación sería la comparación de los campos de refugiados, como contexto de acogida y otros contextos de refugio donde se permita elaborar un proyecto de futuro, trabajo y demás factores protectores.

4-El tener factores protectores en distintas etapas del proceso de la migración, favorece la mejor planificación de la intervención terapéutica. Este es uno de las claves que se podrían tener en cuenta para la revisión de los métodos de intervención psicoterapéuticos con refugiados. Pudiendo incidir en distintos momentos del proceso, conociendo su eficacia.

5-Hay una falta de consenso general sobre qué factores son de protección y cuáles de riesgo para el desarrollo de la resiliencia. El género, la edad y la familia, son dos buenos ejemplos de estudios con resultados contradictorios.

6- Por último queda abierto el debate sobre la familia como su propio tutor de resiliencia en contextos de refugio. En las investigaciones encontradas destacan los estudios de figuras parentales con sintomatología como predictores negativos de

síntomas en los niños. Sería una interesante línea de investigación saber si existe el efecto contrario.

Referencias bibliográficas

- ACNUR (2014). *Tendencias de asilo 2014. Niveles y tendencias en países industrializados*. Genova: ACNUR.
- ACNUR. (2015). *Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2015. Forzados a Huir*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf?view=1>.
- ACNUR. (2016). Acnur. Recuperado el 03 de 10 de 2016, de ¿A quién ayudamos? Refugiados: <http://www.acnur.es/a-quien-ayudamos/refugiados>
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington.
- Archuleta, A. (2015). Newcomers: the contribution of social and psychological well being on emotion regulation among first generation acculturating latino youth in the southern United States. *Child and adolescent social work journal*, 32(2), 281-290.
- Atwell, R. G.-W. (2009). Resettled Refugee Families and Their Children's Futures: Coherence, Hope and Support. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(5), 677-697.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barudy, J., & Marquebreucq, A.-P. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Madrid: Gedisa.
- Bava, S. D. (2010). Lessons in Collaboration, Four Years Post-Katrina. *Family Process*, 49(4), 543-558.
- Bonnano, G. E. (2010). The parameters of disaster: consequences, risks and resilience in individuals, families, communities, and society. *Psychological Science in the Public Interest*, 11, 1-49.
- Boucher, M. (2009). Finding resiliency, standing tall: Exploring trauma, hardship, and healing with refugees. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 4, 43-51.
- Carmeron, C., Pinto, G., y Tapanya, S. (2014). Scaffolding one Thai youth's drawing toward resilience. *Culture and psychology*, 20(4), 453-476.
- Chrispin, M. (2012). Resilient adaptation of church-affiliated young Haitian immigrants: a search for protective resources. *International section A: Humanities and social sciences*, 59(10-A), 3732.
- Cohen, H. L. (2010). Memory and Resilience. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(4), 525.
- Correa-Velez, I., Gifford, S., & Barnett, A. (2010). Longing to belong: social inclusion and wellbeing among youth with refugee backgrounds in the first three years in Melbourne, Australia. *Social science and medicine*, 71, 1399-1408.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa.
- Eggerman, M., y Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social science and medicine*, 71, 71-83.
- Falicov, C. (2011). Migración perdida ambigua y rituales. <http://www.redsistemica.com>, <http://www.redsistemica.com/ar/migracion2.htm>.
- Greene, R. R. (2010). Conceptualizing a Holocaust Survivorship Model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(4), 423-439.
- Guribye, E. S. (2011). Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 9-21.
- Hart, R. (2009). Child refugees, trauma and education: interactionist considerations on social and emotional needs and development. *Educational Psychology in Practice*, 25(4), 351-368.
- Hobfoll, S. E. (2011). The limits of resilience: Distress political violence among Palestinians. *Social science and medicine*. Elsevier, 72, 140.
- Horn, R. (2009). A Study of the Emotional and Psychological Well-being of Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya. *Social Care*, 5(4), 20-32.
- King, S. M. (2010). Serbian Stories of Translocation: Factors Influencing the Refugee Journey Arising from the Balkan Conflicts of the 1990s. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 4(1), 61-71.
- Kirmayer, L. J. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959-967.

- Klasen, F. O. (2010). Posttraumatic Resilience in Former Ugandan Child Soldiers. *Child Development, 81*(4), 1096-1113.
- Koch, S. C., y Weidinger-von der Recke, B. (2009). Traumatized refugees: an integrated dance and verbal therapy approach. *Elservier. The art in psychotherapy, 36*, 289-296.
- Lewis, D. C. (2010). Cambodian Refugee Families in the United States: "Bending the Tree" to Fit the Environment. *Journal of Intergenerational Relationships, 8*(1), 5-20.
- Manciaux, M. V. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Marsiglia, F. F.-P. (2011). Hopelessness, Family Stress, and Depression among Mexican-Heritage Mothers in the Southwest. *Health & Social Work, 36*(1), 7-18.
- Martinez de Apellániz Alday Ochoa, I. (2009). La importancia del trabajo con la familia en la atención a menores extranjeros no acompañados. Un estudio piloto. *Apuntes de psicología, 27*(2-3), 427-439.
- McCubbin, H. y. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review, 6*, 7-37.
- Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees' mental health. *Social science and medicine, 67*, 1596-1603.
- Rosbrook, B. S. (2010). The meaning of home for Karen and Chin refugees from Burma: An interpretative phenomenological approach. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 12*, 159-172.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*(8), 626-631.
- Shakespeare-Finch, J. W. (2010). Adaptation of Sudanese Refugees in an Australian Context: Investigating Helps and Hindrances. *International Migration, 48*(1), 23-46.
- Shteir, S. P. (2009). "I Have a Voice—Hear Me!" Findings of an Australian Study Examining the Resettlement and Integration Experience of Refugees and Migrants from the Horn of Africa in Australia. *Refuge, 26*(2), 133-146.
- Svensson, M. (2009). Making meaningful space for oneself: photo-based dialogue with siblings of refugee children with severe withdrawal symptoms. *Children's Geographies, 7*(2), 20.
- Tomkiewicz, S. (2004). *El surgimiento el concepto*. En B. Cyrulniky otros, *El realismo de la esperanza*. Barcelona: Gedisa.
- Torres Bernal, A. M. (2011). Healing from trauma: Utilizing effective assessment strategies to develop accessible and inclusive goals. *KAIROS Slovenian Journal of Psychotherapy, 5*(1/2), 28-42.
- Vaage, A. B.-L. (2011). Paternal predictors of the mental health of children of Vietnamese refugees. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 5*(1), 1-11.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wickrama, K., & Kaspar, V. (2006). Family context of mental health risk in Tsunami exposed adolescents: Findings from a pilot study in Sri Lanka. *Social Science and medicine, 64*(3), 713-723.
- Zraly, M. N. (2010). Don't let the suffering make you fade away: An ethnographic study of resilience among survivors of genocide-rape in south Rwanda. *Social science and medicine, 70*, 1656-1664.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 27, Número 105, November, 2016 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

UNA PERSPECTIVA CLÍNICA DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA A Clinical Perspective from the Integrative Psychotherapy

Mar Gómez Masana
(Coordinadora)

EDITORIAL: UNA PERSPECTIVA CLÍNICA DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA
Mar Gómez Masana

ENTRE DOS MUNDOS: EL SELF ENCAPSULADO
Marye O'Reilly-Knapp

**EL PROCESO RELACIONAL DE LA RABIA DESDE UNA PERSPECTIVA PERSONAL.
"TE ODO PORQUE TE NECESITO"**
Angela Burper

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN INTERVENCIÓN CON FAMILIARES EN DUELO POR SUICIDIO
Yarima Etxeberria Ibáñez

LOS FALLOS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA, ¿INEVITABLES Y NECESARIOS?
Paul G. Guistolise

**LOS HILOS SILENTES:
TRABAJANDO CON LA INTROYECCIÓN**
Amaia Mauriz Etxabe

**LA VERDAD OS HARÁ LIBRES:
LA EXPRESIÓN DE UN HONESTO "ADIÓS" ANTES DE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO**
Richard G. Erskine

PROCESO RELACIONAL DE GRUPO E INTERSUBJETIVIDAD: LA PRESENCIA Y LA SINTONÍA COMO FACTORES TERAPÉUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO
José Manuel Martínez Rodríguez

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

REVIEW OF TASK ANALYSIS RESEARCH OF SIGNIFICANT EVENTS IN PSYCHOTHERAPY
José L. Benítez-Ortega y Miguel Garrido-Fernández

CORPORALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO: LA DISPOSICIÓN RELACIONAL EN PSICOTERAPIA
José Oriol Rojas Matín

LA RESILIENCIA EN LOS CONTEXTOS DE REFUGIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
Iciar Villaceros Durbán

