

LAS ACTITUDES DEL TERAPEUTA*

Entre los elementos relevantes y comunes de la pluralidad de modelos psicoterapéuticos que comparten una orientación humanista mi conclusión es que merecen ser destacados tres:

- 1) El concepto de crecimiento personal (con diversidad de denominaciones equivalentes: autorrealización, llegar a ser uno mismo, etcétera).
- 2) La aportación creativa de aspectos técnicos: a) el uso peculiar del espacio y elementos materiales; b) el uso del tiempo con centramiento del aquí y el ahora; c) la utilización de la fantasía; d) la utilización de la experiencia del encuentro interpersonal; e) el empleo de la dramatización y la expresión corporal; f) el trabajo corporal; g) nuevas vías para el proceso de regresión.
- 3) La primacía de las actitudes del terapeuta como ayuda facilitadora -de importancia mayor que las técnicas del proceso terapéutico.

Aquí nos detenemos en el desarrollo de este punto tercero como adelanto de un trabajo más completo sobre los elementos comunes indicados. Respecto al carácter prioritario de las actitudes de la persona del terapeuta -en comparación con la importancia de las técnicas- la posición más extremada se da en general en los psicoterapeutas existenciales, en la terapia gestalt y en el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers, en su última etapa:

En su última época, la terapia de Carl Rogers concibe al terapeuta de un modo mucho más personal. Lo despoja de casi todos sus atributos técnicos y científicos, y le hace ser un compañero del cliente, una persona profundamente comprometida en una relación personal. El terapeuta es un ser abierto al diálogo, y en cuanto tal, su cualidad más importante es la de la autenticidad y transparencia de su persona. Por otra parte, el terapeuta tiene una función dentro de la terapia: es el encargado de crear unas condiciones propicias al crecimiento y cambio terapéutico del cliente (Gondra, 1978, p. 210).

En otros modelos terapéuticos, por ejemplo, el psicodrama en sus distintas escuelas, el Análisis Transaccional, la Terapia Bioenergética y otros de las denominadas Psicoterapias Corporales, etcétera, se concede más importancia a la fidelidad a unas técnicas, pero manteniendo la primacía de determinadas actitudes personales del terapeuta. Entendemos aquí el término actitud en su significado dominante en la Psicología Social vigente, como el resumido en la siguiente:

Se trata, como se ve, de una predisposición a actuar, aprendida, dirigida hacia un objeto, persona o situación, y que incluye dimensiones cognitivas, afectivas o evaluativas y, eventualmente, propiamente conductuales. Todo ello organizado no caóticamente sino de una forma estructurada, sistemática, esto es, con unos elementos relacionados entre sí, de forma tal, que el cambio en uno de ellos influye en los demás (Jiménez Burillo, 1981).

Pasamos, a continuación, a describir las actitudes del terapeuta que consideramos más requeridas en el ámbito de la Psicología Humanista.

* Este capítulo fue publicado por R. Rosal como artículo en *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 14-15 (1986), 64-75.

1. Considerar al cliente como una personalidad singular e irrepetible.

Como ya desarrollamos en otra ocasión (1982), en autores destacados de la P.H., ya entre los iniciadores, aparecen manifestaciones claras de su interés por las investigaciones científicas en las que se contrastan hipótesis explicativas de la conducta del hombre medio; se analizan aspectos nomotéticos. Así lo recalcan, por ejemplo, Maslow, Allport, May y Rogers, el último de los cuales ha dedicado un porcentaje importante de su tiempo a estas tareas. Sin embargo tanto éstos como la generalidad de los autores de la P.H. dedican un interés preferente por los enfoques idiográficos. Para Rollo May, el ser humano se encuentra ante un dilema existencial

que emerge de la capacidad del hombre para vivir a la vez como sujeto y como objeto. Ambas vivencias son necesarias para la ciencia psicológica, para la terapia y para una vida placentera (May, [1967] 1978, p. 21).

Un error frecuente consiste, según él, en la actitud simplificadora por la que se trata de evitar el dilema negando uno de sus extremos. En psicoterapia este dilema se manifiesta en que puede percibirse al paciente desde dos puntos de vista: o como un organismo que, según los diagnósticos, se adecúa en mayor o menor grado a determinado modelo, o como un sujeto singular e irrepetible con el que se establece una relación interpersonal y con el que se ejercita una actitud de empatía que facilita comprender mejor el significado de su lenguaje verbal y no verbal. May reclama el ejercicio complementario de ambas actitudes o percepciones. Al destacar la importancia de la actitud idiográfica -la percepción de la singularidad del cliente- tiene presente la afirmación del físico Heisenberg cuando le subrayó que consideraba una ilusión la creencia en la posibilidad de observar la naturaleza como un objeto externo separado del sujeto y se lamentó de que en la psicología se fomenta esta actitud, cuando en esta ciencia, al tener que utilizar el investigador los mismos procesos cuyos mecanismos y estructuras trata de descifrar, la simplificación que se produce resulta incomparablemente más grave que en la física.

El interés de la P.H. por la singularidad tiene probablemente su primer representante destacado en Allport (1937, 1963). Para este autor la unicidad constituye el mayor dilema para el psicólogo clínico que, si pretende interpretar la conducta del paciente con algunas hipótesis de un modelo terapéutico determinado, constata las dificultades de acoplarlo plenamente al mismo.

La individualidad es una característica primaria de la naturaleza humana. Para el desarrollo de la ciencia de la personalidad debemos aceptar este hecho. Pero es más fácil construir un hombre artificial a partir de normas universales y de grupo que estudiar adecuada y científicamente un ser real (Allport, [1963] 1966, p. 39).

Para Allport -y podemos considerar que para el conjunto de la P.H.- es claramente simplificadora la visión científica nomotética del individuo, en especial si se acepta la definición que Eysench (1952, p.18) formuló:

Para el científico, el individuo es, simplemente, el punto de intersección de un cierto número de variables cuantitativas.

Significa que el científico no se interesa por la mutua interdependencia de los sistemas parciales dentro del sistema entero de la personalidad. Se interesa solamente por

dimensiones aisladas que le permiten establecer comparaciones entre muchas personas [...]. El científico no se interesa en el sistema de la personalidad como un todo, sino solamente en las dimensiones comunes. Deja a la persona como mero "punto de intersección", sin estructura interna, sin coherencia ni sentido (Allport [1963] 1966, p.25).

Actualmente aparecen nuevas interpretaciones científicas que ya no entran en lo invalidado por Allport. No es éste el lugar para ocuparnos de ello.

La conciencia de la singularidad del individuo no implica sobrevalorar este hecho. Laura Perls contrapone la conciencia que tiene el ser humano de constituir un individuo singular con la conciencia de su mortalidad. Lograr que un ser cuya característica dominante es esta doble conciencia encuentre la vida aceptable es el problema fundamental de la terapia.

Lo primero da una sensación de avasalladora importancia, lo segundo miedo y frustración [...].

Cuando se anula la toma de conciencia y la expresión de la singularidad y de la individualidad, el resultado es la uniformidad, el tedio, el sinsentido, en fin, de la cultura de masas, en la que la conciencia de la muerte gradual a que está sometido el individuo se torna tan intolerable que debe enajenarla de sí a cualquier precio, 'divirtiéndose' con un cúmulo de actividades insustanciales o de excitaciones artificiales (el alcohol, las drogas, la delincuencia). Cuando se da a la singularidad e individualidad demasiada importancia, nos encontramos con un falso 'humanismo' en el que el hombre es la medida de todas las cosas lo cual da y promueve expectativas exageradas, frustraciones y desilusiones. Como formación reactiva aparece, ora un falso distanciamiento, un laissez-faire producto del hastío y de la desesperanza, ora un falso compromiso, una búsqueda frenética de pseudocreatividad (la obsesiva dedicación a los 'hobbies' y 'actividades culturales' desde la pintura casera de los estantes de la cocina hasta el 'ir al analista' o a la iglesia). Según mi experiencia, la verdadera creatividad está inextricablemente unida a la conciencia de la mortalidad. Cuando más aguda sea esta conciencia, mayor será la urgencia por producir algo nuevo, por participar en la continua e infinita creatividad de la naturaleza. Esto es lo que convierte el sexo en amor, la grey en sociedad, el trigo y la uva en pan y vino, el sonido en música. Esto es lo que vuelve aceptable la vida y -dicho sea de paso- lo que vuelve posible la terapia (Perls [1959] 1973, pp. 133s).

2. Confianza en las capacidades psíquicas del cliente para un comportamiento creativo en el proceso terapéutico.

Equivale a la "fe en el hombre" a que se refiere Fromm:

Tenemos fe en las potencialidades de los demás, en las nuestras y en las de la humanidad porque, y sólo en esta medida, hemos experimentado el desarrollo de nuestras propias potencialidades, la realidad del crecimiento en nosotros mismos, la fuerza de nuestro propio poder y del amor (Fromm [1959] 1973, p. 147).

El componente cognitivo de esta actitud incluye el convencimiento, no sólo de que se da en todo sujeto humano la tendencia al crecimiento personal como motivación fundamental (como ya se dijo arriba), sino también de que los impulsos o tendencias básicas del organismo humano son de naturaleza positiva. Es decir, que las tendencias humanas básicas no conducen al individualismo o egolatría y a la destructividad, sino a la solidaridad, interés por el otro, y lo que Fromm denominó "amor productivo". Las tendencias originarias, en sí mismas, están orientadas hacia la vida, la creatividad y la implicación social.

Esta actitud esperanzada también incluye, como componente cognitivo, el convencimiento de las capacidades de autopercepción y de autodeterminación. Si el ambiente del sujeto es amenazador o dañino se ocasionará una autopercepción distorsionada que puede conducir a trastornos mentales de carácter neurótico o psicótico. Si el ambiente es protector y seguro, la persona dejará sus defensas y permitirá que la conciencia plena de sí mismo aflore con toda la plenitud de capacidades.

En cuanto a la capacidad de autodeterminación, es decir, de elegir y decidir, aún en los casos en que no pueda elegir nada de los factores externos, puede elegir entre diversas respuestas interiores para dar en cada situación. Estas y otras convicciones sobre las capacidades y tendencias positivas del ser humano se correlacionan con el sentimiento de esperanza respecto a las posibilidades evolutivas del cliente.

Esta actitud viene a coincidir con la formulada por Eric Berne (Análisis Transaccional); como la posición existencial básica de "Yo estoy bien - Tú estás bien", y que concuerda con la actitud igualitaria y responsabilizadora en las relaciones psicoterapeuta-cliente, habitual en la P.H. C. Steiner en un apartado que titula "Comunicación y contratos", comenta la revolucionaria costumbre que implantó Berne de invitar a los clientes a las sesiones clínicas en las que se discutiese sobre ellos.

Instituyó la práctica sorprendente de admitir a quienes estaban internados en un sanatorio mental a que observaran al cuerpo médico y a los estudiantes cuando discutían entre sí sus sesiones de terapia de grupo. Estas discusiones, en las cuales el cuerpo médico quedaba bajo el estrecho escrutinio de los pacientes, así como los pacientes habían estado a su vez bajo el estrecho escrutinio del cuerpo médico, estaban basadas en otro de los aforismos de Berne: 'Cualquier cosa que no vale la pena de decirse delante de un paciente, no vale la pena de decirse' (Steiner [1974] 1980, p. 23).

Dentro de esta misma línea está la costumbre -instaurada también por Berne (1978)-, practicada habitualmente en el Análisis Transaccional del contrato terapéutico, acuerdo entre el cliente y el terapeuta, que coloca la responsabilidad sobre ambas partes. Normalmente, en P.H. será el cliente quien decida los cambios sucesivos que quiere lograr en su conducta y personalidad, con la ayuda de los procedimientos terapéuticos. El terapeuta no se considera con derecho a decidir qué es lo que el cliente conviene que cambie, mientras éste no haya expresado su deseo.

El cliente, presionado por factores diversos, decidió detener, en alguna faceta de su personalidad, su proceso de crecimiento. Su decisión puede ser reciente o antigua. Está en sus manos, con la ayuda de técnicas y actitudes interpersonales adecuadas, abandonar aquella decisión perjudicial. Esto no vale sólo para las neurosis; vale también para las psicosis, siempre que no conste claramente la existencia de procesos orgánicos generadores de los trastornos mentales. El peligro de que las etiquetas psicopatológicas sugieran la presencia de un factor orgánico, disuade en general su utilización por parte de la P.H. Se considera que frecuentemente favorece en el cliente -o más bien "paciente"- una visión pesimista, fatalista, organicista, de su estado, que lo inhibe para el empleo de su potencial terapéutico y para constituirse en artífice -con la colaboración del profesional- de su cura y crecimiento personal.

Si el cliente manifiesta interés por introducirse en el conocimiento del procedimiento terapéutico empleado, se le animará a leer o participar en cursos y compartir con compañeros de grupo sus hallazgos.

3. Ser consciente de los límites de todo modelo psicoterapéutico.

Se trata de una actitud muy relacionada con la primera. Si estamos convencidos de la singularidad irreplicable de toda vida humana, no caeremos fácilmente en la sobrevaloración de un modelo concreto de psicoterapia, utilizándolo como un instrumento infalible para el diagnóstico y la curación.

Esta actitud lleva a una gran facilidad de adaptación del procedimiento al cliente, a quien se le proponen o aconsejan ejercicios terapéuticos que él puede decidir o no practicar, pudiendo acudir el terapeuta en ocasiones a diversas técnicas posibles con las que trabajar y eligiendo la que intuya más satisfactoria para el cliente, por ejemplo: elegir, para clarificar o resolver un conflicto concreto, entre practicar un ejercicio psicodramático, o un diálogo gestáltico con una silla o cojín (autopsicodrama imaginario), o una terapia corporal trabajando con la expresión corporal de sus estados emocionales, etcétera.

Se parte de la base de que no todos los clientes trabajan bien con el mismo procedimiento, y que se da frecuentemente cierta complementariedad entre los modelos terapéuticos, pudiéndose aconsejar el recurso -en una fase de la terapia- a un especialista de un procedimiento en el que el terapeuta principal esté poco versado, no pudiendo utilizarlo con efectividad.

Respecto al psicodiagnóstico, normalmente no pasa de consistir en sucesivas sugerencias concretas, presentadas en el transcurso de las sesiones grupales o individuales, en forma de frases o gestos intuitivos, cuyo valor y efectividad queda condicionado al hecho de que resuenen o no en el cliente. Estas sugerencias suscitan en el mismo una reacción emocional y cognitivo - intuitiva; después de escucharlas y analizarlas, puede aceptar o rechazar las hipótesis propuestas. Como dice A. Moreau (1980, p. 830); "el terapeuta propone y el cliente dispone". Con esta actitud se facilita, de hecho, la disminución o desaparición de la resistencia por parte del cliente. Por otra parte, no se considera aceptable calificar habitualmente de resistencia -como es usual en un sector del psicoanálisis- el rechazo por el cliente de las hipótesis del terapeuta. Y por otra parte no se considera que las resistencias del cliente tengan que significar frecuentemente algo negativo, malo, y por lo que se tienda a culpabilizar al cliente de falta de autenticidad.

4. Conciencia de las propias limitaciones psíquicas (del terapeuta) y de la necesidad de cuidado de sí mismo.

Si los terapeutas quedan muy a la zaga en su propio crecimiento, perderán el contacto con una proporción creciente de la población. Convertirse en una persona íntegra y genuina es quizá lo más difícil y penoso del proceso por el cual alguien se transforma en terapeuta, pero para muchos es también el aspecto más valedero e importante. Muchos terapeutas que creen que la autenticidad es su tarea primordial sienten temores ante aquellos que, deteniéndose antes de tiempo en la lucha por su propio crecimiento, ponen cada vez más énfasis en el control y la potencia, mientras hacen caso omiso de cuestiones de valor

vinculadas con la capacidad de generar un cambio en la personalidad. A medida que el control de la conducta es más factible, se vuelve cada vez más acuciante la pregunta:

¿Quién controla a los que controlan? Muchas cosas degradantes e inhumanas se han hecho con la gente -y se seguirán haciendo, sin duda- en nombre de la salud mental (Szasz, 1965). Quienes se sienten seguros del bien que producen son más peligrosos que quienes están dispuestos a admitir y combatir sus limitaciones personales, a compartir sus dudas con los demás y a expresar sus valores (Fagan y Shepherd, [1970] 1973, p. 108).

El terapeuta frecuenta períodos de psicoterapia individual o grupal, como cliente, o practica *cocounseling* con un colega suyo.

Se examina sobre la posibilidad de que algún aspecto de su conducta o personalidad pueda inducir los bloqueos de clientes silenciosos (Moreau, 1980, p. 831).

No se siente como un experto que sabe todo lo que necesita hacer el cliente para cambiar, ni como una persona que está por encima del cliente. Es consciente de sus límites, de su vulnerabilidad. Esta actitud, en resumidas cuentas, humilde, es también un requisito para una terapia humanista.

5. Evitación de la actitud de Salvador (en el sentido en que Berne acuñó este término)

Se sentirá responsable de una parte del trabajo terapéutico, consciente de que la otra parte es de la incumbencia del cliente, en cuya potencia confiará y le facilitará confiar, ayudándole a sacar partido de sus poderes por limitados que éstos se presenten en la actualidad. No empleará normalmente energías en ofrecer ayudas para un objetivo no deseado por el cliente (y, por lo tanto, no incluido en su contrato terapéutico). No interrumpirá la atención del cliente, atendiendo llamadas telefónicas a mitad de la sesión terapéutica, como si no considerase que se encuentra ante alguien importante. No fomentará con su porte exterior, con el tipo de asiento que utilice, con el tipo de trato que se le conceda, o con un lenguaje sofisticado, una posición acentuada de superioridad con aires de estar dotado de una omnisciencia protectora.

El terapeuta que evita la postura de Salvador únicamente ofrece consejo o "apoyo" al paciente cuando es estrictamente necesario, y

cuando puede predecir con alto grado de confianza si éste (el cliente) lo aceptará o no, si lo usará con éxito o para el fracaso, y cuáles serán en cada una de las tres alternativas (no aceptación, informe de éxito, informe de fracaso) los probables efectos sobre la situación de tratamiento (Berne, [1966] 1983, p. 359).

Es decir, evita caer en el "juego psicológico" que concluye cuando el terapeuta piensa o declara: "pero si sólo estoy tratando de ayudarle".

Tampoco cae en las distintas variantes del juego psicológico denominado por Berne "Psiquiatría". En la variante denominada "Arqueología", la consigna es "si no excavas bastante, no puedes mejorar".

El paciente y el terapeuta excavan cada vez con más empeño, y si el paciente no mejora es porque no pone el suficiente esfuerzo en cavar o no lo hace en los lugares adecuados, o -para empezar- porque no era el candidato adecuado para un tratamiento psicoanalítico.

Como castigo final, es posible que lo incluyan en la 'colección de casos crónicos' (Ibidem, p. 361).

Una segunda variante es el juego clínico denominado "Además", que juegan tanto el terapeuta como otros miembros del grupo con un paciente que utilice como respuesta estereotipada una frase igual o similar a "Déjame que te explique" ante acusaciones que le hacen. Al acabar de exponer sus aclaraciones se le dirá: "Además tú también, etcétera". En su variante denominada "Crítica" el juego clínico consiste en que una vez que el cliente ha descrito sus estados emocionales se le dice lo que está mal en ellos. Después de la intervención del terapeuta es probable que se añadan más por parte de otros miembros del grupo.

No nos entretenemos en describir más "juegos clínicos" en los que el terapeuta desempeña el papel de "Salvador" y que Steiner (1974) agrupa bajo el título de "El juego del Rescate". Tan sólo diremos, con palabras de Perls, que:

Con solamente simpatía, el terapeuta se convierte en paciente; si fuéramos a hablar en términos anticuados, podríamos decir que hace del paciente un malcriado. Con frustración solamente, el terapeuta se convierte en el ambiente hostil, con el cual el paciente puede lidiar sólo de un modo neurótico. En ambos casos, la terapia no da al paciente incentivo alguno para cambiar (Perls [1959] 1973, p. 106).

6. Actitud no favorecedora del establecimiento de una neurosis de transferencia entre terapeuta y cliente.

Este aspecto es de los que diferencia la mayoría de los modelos humanistas del paradigma psicoanalítico. Se usa escasamente la transferencia en terapia, aunque se reconozca su existencia y su importancia. Entendemos el término transferencia como la repetición inadecuada en el presente de una relación de algo que fue importante en el inicial desarrollo de una persona, experiencia que ocurre, con palabras de Fenichel (1945), "cuando el paciente interpreta mal el presente en términos del pasado".

Ante este hecho el terapeuta frecuentemente se transforma, respecto al cliente, en un padre amado, odiado o temido. La transferencia es un fenómeno habitual en la vida cotidiana.

El psicoanalista dice que tenemos que fomentarla y concentrarnos en ella, porque está aquí y ahora -es la neurosis que llega viva, danzando ante nuestros ojos: aquí está nuestra mejor oportunidad para contemplarla y para tratar con ella. Y ésta es la única vía para parar la atención en ella, la cualidad del aquí y ahora (Rowan, 1983, p. 100).

Por el contrario la generalidad de los psicoterapeutas humanistas consideran que disponen de múltiples alternativas para el logro de hacer presente lo ausente en el aquí y ahora. Pero, aparte del inconveniente que ven en el limitarse a un único procedimiento, recurriendo el trabajo con la neurosis de transferencia. ¿Por qué los terapeutas de los diversos enfoques humanistas son refractarios a recurrir a ella? Volvemos a citar a Rowan:

Yo pienso que la principal razón es que creemos que la confianza exclusiva en la transferencia por parte del terapeuta produce una relación muy estrecha y desequilibrada en una dirección. El terapeuta se convierte nada menos que en una figura parental autoritaria, y el paciente se convierte casi y sólo en un niño. Esto concede al terapeuta demasiado poder unilateral en la

situación, no podemos ser discutidos. Puede poner al terapeuta en la posición de nunca estar equivocado. Todo lo que pueda ser desagradable o ineficaz en la relación puede ser atribuido a la neurosis del paciente; y si el paciente necesita salir de dicha situación desigual, esto puede ser interpretado como precisamente otro elemento de la resistencia. Yo pienso que esto es lo que no nos gusta del aparato freudiano (Rowan, 1983, p. 101).

Aclarado lo anterior, hay que reconocer que, nos guste o no nos guste, el fenómeno de la relación transferencial aparece frecuentemente en la terapia, en especial en su forma individual y cuando ésta no es de muy breve duración. ¿Puede decirse que a partir de este hecho, la diferencia entre el paradigma psicoanalítico y los modelos humanistas se resume en que el primero recomienda la práctica de la interpretación mientras los segundos la descalifican? A pesar de que la casi totalidad de los creadores de las nuevas terapias -y con anterioridad a ellos, Moreno- se manifiestan en contra de la interpretación, con pocas excepciones como la de Berne, compartimos la hipótesis de Rowan de que de alguna forma todos interpretan. Un primer paso de la interpretación aparece cuando el terapeuta se percata de que se está manifestando una transferencia positiva o negativa; y un segundo paso, cuando pone esta observación ante la atención del cliente.

Esta práctica cautelosa de la interpretación no es incompatible con la práctica de una metodología fenomenológica, latente en el estilo de trabajo de la mayoría de humanistas, a la que nos referimos al describir la próxima actitud.

7. Apertura o receptividad respecto a cualquiera de las dimensiones de la conducta del cliente, y a las vivencias emocionales y cognitivo-intuitivas de la creatividad del terapeuta

Una actitud receptiva a las diversas manifestaciones muscular, postural, motora, emocional, intuitiva, razonadora, volitiva del cliente y a cualquiera de los cauces de comunicación que utilice, verbales o no verbales. Desprendido de costumbres y rituales rígidos, la actitud receptiva facilitará que el terapeuta recurra a su vez a la gran variedad de vías que las técnicas humanistas le ofrecen (siempre que esté entrenado en ellas), entre las que pueden aparecer la representación psicodramática, el autopsicodrama imaginario de la Gestalt (utilizado también por el Análisis transaccional) la fantasía guiada, el grito, formas variadas de contacto físico, etcétera.

El terapeuta utiliza su campo de conciencia para compartir las manifestaciones de conducta observables. Pero en última instancia lo importante será lo que la persona dice que está experimentando, no lo que interpreta el terapeuta; éste en principio conoce menos que aquél lo que ocurre en su mente.

Lamentablemente, una parte excesiva del tiempo, y en especial en las primeras sesiones en nuestro trabajo terapéutico, en lugar de mantener una actitud receptiva, podemos estar entretenidos, "diagnosticar, pronosticar, planear nuestra próxima intervención, preguntándonos qué tiempo hará. Nos encontramos sólo demasiado raramente realmente abiertos a nuestra propia experiencia y a la del otro" (Enright [1970] 1976).

La práctica rigurosa del procedimiento metodológico fenomenológico -que no se reduce a una mera tarea descriptiva más o menos voluntariosa- requiere, según la

interpretación de Spielberg, siete pasos de los que Misiak y Sexton (1973, pp. 6ss) destacan por su interés primordial para la aplicación en psicología, el denominado "descripción fenomenológica", la cual a su vez exige tres pasos o fases, cada una de las cuales no se puede practicar de forma improvisada sin un laborioso proceso de entrenamiento previo por parte del investigador. Esquemáticamente consiste en: a) La "intuición fenomenológica", es decir, concentración interna o intensa actitud contemplativa respecto al fenómeno; b) el "análisis fenomenológico", descubrimiento gradual de los diversos constituyentes del mismo y sus interrelaciones; c) "descripción fenomenológica" o descripción del fenómeno intuido y analizado de tal forma que posea la propiedad de poder ser entendido por otros en profundidad.

Un requisito previo para el logro de éste y los otros pasos del proceso fenomenológico es el que el filósofo Husserl -creador formal de la primera versión del método fenomenológico- denominó con el término griego *epoché*, que traducido literalmente significa abstención o abstinencia. Se trata de la actitud de abstención durante todo el proceso fenomenológico -o de "poner entre paréntesis"- de todas las concepciones previas, o más en concreto: predisposiciones, teorías, creencias, y modos habituales de pensar. Se trata de suspender temporalmente la actividad de enjuiciamiento. Sólo así se está en condiciones de intuir, analizar y describir el fenómeno sin la influencia oscurecedora y distorsionante -o la menor posible- proveniente de las idiosincrasias de la persona individual. No entro aquí en las objeciones de Piaget sobre la imposibilidad de esta aspiración fenomenológica para un intelecto siempre moldeado por factores históricos y genéticos. Basta de hecho el fomento y desarrollo de la actitud fenomenológica, aunque no se trate de una pretensión del logro pleno de ella.

La actitud de real apertura a la escucha atenta de todos los tipos de expresión del cliente, y por parte de todos los niveles del receptor -favorecido por la descrita actitud fenomenológica- ha sido considerada, en términos diversos, por Freud ("atención flotante"), Por Reik ("escuchar con el tercer oído"), por Rogers ("sentir intuitivo"), entendida como una atención de la persona entera, no sólo de carácter cognitivo.

Muy cercano a la receptividad se encuentra el rasgo destacado por MacKinnon (1962), por el cual se da en el sujeto un predominio de actitud perceptiva respecto a la actitud judicativa. Esta segunda da pie a una existencia dependiente de los prejuicios, la organización y la planificación. En cambio la actitud perceptiva facilita la receptividad ante los fenómenos que aparecen en el exterior o interior del sujeto. MacKinnon (1968) presenta una distinción entre percepción sensitiva y percepción intuitiva. Esta segunda, a diferencia de la anterior, no se limita a la experiencia sensorial inmediata por la que se presta atención a los hechos existentes, sino que intuye los significados más profundos de los mismos, sus consecuencias y posibilidades, es decir, "los puentes reales entre lo que es y lo que puede ser". Haefele -refiriéndose a las condiciones de la creatividad- describe el rasgo de "sensibilidad", gracias al cual el sujeto puede advertir la presencia en su entorno de realidades no captadas por los demás.

La creatividad del terapeuta -con sus implicaciones de apertura a la experiencia (a la que acabamos de referirnos), independencia de juicio, fortaleza del yo, ausencia de conformismo y de autoritarismo, etcétera, que son factores correlacionados con

aquella- manifestada en su peculiar modo de percibir, de experimentar emociones genuinas, de tomar decisiones autónomas, de practicar relaciones íntimas no simbióticas, es un factor terapéutico.

Pero aquí no nos referimos únicamente a la creatividad del terapeuta como artista de su crecimiento personal, sino también como practicante de unos procedimientos terapéuticos que utiliza no sólo con la fidelidad de un técnico competente, sino con la flexibilidad e inventiva de un artista creativo.

8. Comprensión empática.

Actitud que Musso considera más correcto denominar intuición empática. Es una de las tres actitudes básicas requeridas por C. Rogers para la efectividad de la terapia. Implica que

si el cliente percibe que estoy tratando de comprender un significado, esto es útil. Se comunica el valor que pongo en su persona, que percibo sus sentimientos y significados como dignos de ser valorados (Rogers, 1962, p. 419, cit. en Gondra, 1978, pp. 226s.)

La actitud empática podríamos decir que es el grado de compromiso mínimo que propugnan los autores de la Psicoterapia Humanista. Algunos, como Perls, prefieren decantarse hacia actitudes de una implicación personal más próxima, cuando señala que

La mayoría de las escuelas siquiátricas en su búsqueda del terapeuta ideal pide que más bien sea empático. Esto surge en parte de su enfoque dualístico. Pero incluso así, hay una buena razón para reducir la simpatía a empatía. Si el terapeuta está en simpatía con su paciente, tenderá a darle el apoyo ambiental que quiere, o tornarse defensivo o sentirse culpable si se lo niega. Es frecuente que los terapeutas tengan experiencias en las cuales se ven demasiado comprometidos con sus pacientes; no se percatan de la naturaleza tremendamente sutil de sus técnicas manipulatorias. En estos casos la terapia puede fracasar. Porque para lograr la transformación desde el apoyo externo al autoapoyo el terapeuta tiene que frustrar los intentos del paciente para lograr apoyo ambiental. Y esto no lo puede hacer si la simpatía le enseguece ante los manejos del paciente.

Y sin embargo, si el terapeuta se refrena a sí mismo quedándose en empatía con el paciente, está privando el campo de su instrumento más importante; de su intuición y de su sensibilidad ante los procesos en transcurso del paciente. Por lo tanto, tendrá que aprender a trabajar tanto con simpatía como con frustración. Parecería que estos elementos son incompatibles, pero el arte del terapeuta estriba precisamente en su capacidad de fusionarlos de modo que sean una herramienta efectiva (Perls [1973] 1976, p. 105).

9. Resonancia

Como actitud que profundiza o prolonga los efectos de las dos anteriormente descritas -receptividad y comprensión empática- o que facilita que se den, está la disposición del terapeuta a experimentar de alguna manera los estados emocionales que le suscita la atención de cada cliente en el proceso terapéutico, sus reacciones corporales, los impulsos de su sexualidad.

Esta actitud implica la globalidad de la persona del terapeuta, de modo que pueda permanecer abierto a recibir al cliente (sin confundirse con él) desde todos sus niveles, incluyendo el cuerpo.

En mi trabajo el terapeuta trata de estar en contacto con sus propios sentimientos, manteniendo su propio cuerpo vivo, como un foco de sintonización con el paciente. El cuerpo del terapeuta es como un sintonizador para ser sensible a las señales que da el paciente que no son verbales y para ser un transmisor limpio de señales no verbales al paciente, o sea que mantiene su cuerpo abierto a recibir y a transmitir (Boadella, 1985, p. 67)

10. Consideración positiva incondicional o calidez no posesiva.

En su última etapa más existencial Rogers se refiere ya explícitamente al tipo de relación afectiva que se establece en una relación terapéutica efectiva. Se trata de un sentimiento amoroso más humano y más profundo que el amor sexual o el parental. Este permiso para la vivencia de un sentimiento amoroso en la relación terapéutica es compartido por un sector importante de la P.H.

A medida que discurre la terapia, sus sentimientos de aceptación y de respeto al cliente tienden a trocarse en algo semejante a la admiración cuando se presencia la lucha profunda y valiente de la persona por ser ella misma. Creo que existe dentro del terapeuta una experiencia profunda de la comunidad -diríamos fraternidad- subyacente a todos los hombres. Como resultado de la misma, siente hacia el cliente una reacción afectiva, cálida, positiva (...). Es el simple sentimiento humano que brota en una persona hacia otra persona, sentimiento a mi juicio todavía más básico que el sentimiento sexual o paternal. Es un interés tal por la persona que se evita todo deseo de interferir en su desarrollo y de utilizarla con vistas a sus metas propias (Rogers, 1953, pp. 82 y 84, cit. en Gondra, 1978).

Frankland (1981) ha señalado las semejanzas que aparecen entre el proceso del cortejo y el logro de un buen rapport en la terapia, en cuanto a manifestaciones de nerviosismo, gradual intimidad en la comunicación, señales corporales, lo cual puede aparecer ante el cliente como una relación con carácter sexual. También ha mostrado las semejanzas que aparecen en los inicios de una terapia y las primeras fases del establecimiento de una amistad. Por último, la compara con el establecimiento de una relación de dependencia de carácter paterno-filial. La relación afectiva que describe Rogers, que protege la separatividad del cliente, no implica ninguna de ellas, pero faltan, como advierte Rowan (1983), medios que garanticen totalmente la evitación de malos entendidos por parte del cliente, lo cual reclama el adecuado cuidado a cargo del profesional.

En relación con la actitud que estamos describiendo se encuentra la de no prohibir la práctica del contacto físico entre terapeuta y cliente. La postura predominante en la P.H. en relación con esta cuestión puede considerarse sintetizada en la siguiente respuesta de Laura Perls:

Recurro a todo tipo de contacto físico cuando creo que éste puede facilitar el próximo paso del paciente en su toma de conciencia de la situación real y de lo que él hace (o no hace) en ella y con ella. No tengo reglas especiales respecto de los pacientes masculinos o femeninos. Le encenderé a alguien su cigarrillo, le daré de comer con una cuchara, le arreglaré el peinado a una niña, tomaré al paciente de la mano a lo alzaré en mis faldas si creo que ese es el mejor medio de establecer una comunicación o de retomar la interrumpida. Asimismo, en experimentos destinados a aumentar la conciencia corporal, toco a los pacientes o dejo que me toquen, con el fin de apuntar las tensiones, la coordinación muscular deficiente, el ritmo respiratorio, las contracciones espasmódicas, la fluidez del movimiento, etcétera

Parece haber gran divergencia de opiniones y mucha ansiedad en torno de la admisión de contacto físico en la terapia. Si queremos ayudar a nuestros pacientes a realizarse más

cabalmente como verdaderos seres humanos, debemos afrontar con valentía los riesgos implícitos en ser humanos (Perls, L. [1959] 1973, pp. 132s.).

11. La congruencia o autenticidad

Se comprende que Rogers destaque esta cualidad en primer lugar, si se tiene en cuenta que para él la persona realizada es "la que ha llegado a ser ella misma, la que presenta una congruencia entre el organismo y el self (o "configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la conciencia"). Esta actitud incluye dos elementos: a) la receptividad por la conciencia del terapeuta de todos sus sentimientos, y b) la disposición a comunicar estos sentimientos al cliente, para que se facilite una relación interpersonal auténtica. Ambos aspectos de la autenticidad del terapeuta no se refieren a la totalidad de sus vivencias sino a las que forman parte de las experimentadas en su relación interpersonal con el cliente. Por otra parte el ideal es que el terapeuta logre esta actitud auténtica no sólo en su ejercicio profesional sino en la mayor parte posible de sus actividades y experiencias personales.

En concordancia con esta "congruencia". o "autenticidad" subrayada por Rogers, está la actitud habitual de los terapeutas humanistas de utilizar cualquiera de las posibilidades personales que considere pertinentes en ese momento preciso de la terapia, no inhibiendo sistemáticamente los sentimientos y expresiones emocionales, como tampoco cierta conciencia ética de responsabilidad y sentimiento de afecto altruista respecto al cliente.

Fagan y Shepherd al describir la característica que denominan "humanidad" como uno de los requisitos de la terapia, incluyen en ella "La disposición a compartir con él (cliente) sus propias reacciones emocionales directas o de transmitirle sus propias experiencias cuando sea pertinente" ([1970] 1976, p. 106).

Al referirse a la contratransferencia, los terapeutas humanistas aconsejan lograr una conciencia clara de la misma, compartida con el cliente si no se intuye que pueda estorbarle, y atender la respuesta del mismo sobre su carácter pertinente o no (Moreau, 1980).

Laura Perls (1959) advierte del peligro de comunicar demasiado, cuando esto puede provocar una reacción terapéutica negativa, una huida del tratamiento, una resistencia, etcétera. Asimismo señala que el cliente encuentra facilidades de aprender o adquirir conciencia de las expresiones y reacciones no verbales del terapeuta.

Concluyamos subrayando que esta serie de actitudes que se esperan del terapeuta, en la P. H., no le son exigidas meramente a título deontológico, sino que lo son en concepto de efectividad de la terapia. El terapeuta que carezca de ellas no será eficaz, por más que domine unas técnicas determinadas. Y podrá llevar a cabo quizás la desaparición de algunos síntomas perjudiciales, pero no contribuirá sino falsamente al objetivo más profundo de la terapia, como es el crecimiento personal del cliente (o proceso de autorrealización, el llegar a ser uno mismo, etcétera).

Referencias bibliográficas

- ALLPORT, G.W. (1937). *Personality: A Psychological interpretation*. Nueva York: Holt, Rinehart - Winston.
- ALLPORT, G.W. (1963) 1966. *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- BERNE, E. (1966) 1983. *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- BOADELLA, D. (1985). Entrevista con D. Boadella, por A. Gimeno. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 11, pp. 67-70.
- EYSENCH, H.J. (1952). *The scientific study of personality*. Nueva York: Macmillan.
- ENRIGHT, J. (1970) 1973. *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FAGAN, J. y LEE SHEPHERD, I. (Eds.) (1970) 1973. *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FENICHEL, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York: W.W. Norton.
- FRANKLAND, A. (1981). Mistaken Reduction. *New Forum* (7,4).
- FROMM, E. (1956) 1973. *El arte de amar*. Buenos Aires: Paidós.
- GONDRA, J. M. (1978). *La psicoterapia de Carl Rogers*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2ª ed. corregida.
- JIMENEZ BURILLO, F. (1981). *Psicología Social*. Madrid: UNED, Vol II.
- MACKINNON, D.W. (1962) 1973. *Nature et culture du talent creative heredité et milieu*. En Beadoit, A. (Ed.) *La créativité. Recherches américaines*. París: Dunod.
- MACKINNON, D.W. (1968) 1977. *Creatividad: aspectos psicológicos*. En Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar.
- MAY, R. [1967] 1978. *El dilema existencial del hombre moderno*. Buenos Aires: Paidós, 3.ª ed.
- MISIAK, H. Y SEXTON, V.S. (1973). *Phenomenological, Existential, and Humanistic Psychologies. A historical survey*. New York: Grune Stratton.
- MOREAU, A. (1980). *La Gestalt-therapie, prolongement de la psychanalyse*. "Acta Psychiat. belg." 80. (1930) 805-838.
- PERLS, L. (1959). El enfoque de una terapeuta gestaltista. En J. Fagan y I. Lee Shepherd, (1970) 1973. *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 130 – 134.
- PERLS, F.S. (1973) 1976. *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- ROGERS, C.R. (1953). Some directions and end points in therapy. En O. H. Mowrer (Ed.): *Psichoterapy, theory and research*. Nueva York: Ronald Press, pp. 46 - 68.
- ROGERS, C.R. (1962). *The interpersonal relation ship: The core of guidance*. en Harvard Educational Review, 32 (4) pp. 416 – 429.

- ROSAL, R. (1982). El movimiento de la Psicología Humanista y su relación con la psicología científica. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*. Barcelona, I, pp. 121-139.
- ROWAN, J. (1983). *The reality game*. Londres: Routledge - Kegan Paul.
- STEINER, C. (1974) 1980. *Libretos en que participamos*. México: Diana, 1980.
- SZASZ, T. S. (1965). *Psychiatric justice*. Nueva York: Macmillan.