

Clínica Gestáltica: el arte del funambulismo terapéutico

Nieves Garcia y Pedro Olmedo
Borrador I Reunión Escritores Noveles en Terapia Gestalt
Elche 19-20 de diciembre de 2014

“Pero aunque la argumentación del crecimiento fisiológico sea pequeña, es absolutamente cierta y fiable”.

PHG

Introducción

¡Nada cambia!

(Dicho por todos en algún momento)

Habitualmente en las sesiones de terapia nos encontramos situaciones clínicas que requieren un abordaje para el que no hemos sido “entrenados” (aunque es difícil estar preparados para todas las situaciones en las que nos podemos encontrar o que podemos crear) y también para las cuales no existe un correlato teórico claro en las fuentes gestálticas. Y sin embargo es necesario pensarlas cuando surgen, tanto desde la teoría como desde la práctica clínica.

Algunos amplios temas de la psicoterapia como: la soledad del terapeuta, la impotencia, la desolación¹, el silencio, la sexualidad o más concretos fenómenos de contacto como la gestión de un sentimiento de ira, un deslizamiento hacia la racionalización en un momento de la sesión, la deriva hacia el consejo terapéutico o hacia la búsqueda arcaica en el pasado, necesitan ser explicados teóricamente y abordados clínicamente.

Uno de estos temas ha movilizó nuestras energías para escribir en esta 1ª reunión de escritores noveles en terapia Gestalt. Es un fenómeno del que hemos encontrado por lo menos dos variantes: una, tendría como ocasión de surgir, en experiencias depresivas donde el paciente constantemente pone el foco en su escasa o nula mejoría, a pesar de la resonancia en el terapeuta de haberla y, la segunda, en el momento del postcontacto, cuando “de repente” el paciente acude a sesión usando frases del tipo:

“estoy igual que antes”

“parece como si nada hubiera cambiado”

“Después de tanto tiempo estos comportamientos debería tenerlos superados”

“he vuelto a repetir tal o cual pensamiento, sentimiento, comportamiento”

“he vuelto a lo de antes”

¹ Vázquez Bandín, Carmen

“no he cambiado nada”

que en nuestra experiencia podemos decir que generan en el terapeuta sentimientos de desconcierto, cuestionamiento profesional, un cierto miedo... incluso puede que si el terapeuta está en sus inicios: pánico... lo que suele provocar una reacción natural en sentido contrario, reforzando los “evidentes”, para el terapeuta, cambios que a lo largo de la terapia el paciente nos ha relatado o incluso hemos abordado.

M médico de profesión de 55 años, lleva viniendo a terapia semanal desde hace dos con un cuadro de experiencia depresiva. Acudió cabizbajo, traído por su esposa, sin ganas de venir, hablaba poco, quejas y llanto frecuente, mirada hacia el suelo... después de este tiempo entra más erguido, habla toda la hora incluso a veces el fin de la terapia nos sorprende compartiendo, me mira más, en ocasiones un pequeño conato de enfado con alguien... Y sin embargo constantemente repite que no está más o menos igual, que nada ha cambiado, que sigue sin ganas de venir, que tiene que ser su mujer etc.

H. después de varios años de terapia quincenal y de un alejamiento progresivo de las sesiones hasta aparecer ocasionalmente, acude un día con la queja de que: he vuelto a las andadas, estoy como antes, sigo haciendo cosas que creía que estaban superadas etc.

Este fenómeno clínico podría tener dos modos de ser enfocado por el terapeuta, o bien como un proceso personal, individual del paciente (algo le está ocurriendo que es necesario evaluar, analizar, indagar) o bien ser entendido como un fenómeno de campo (qué está ocurriendo en la relación, para activar estas sensaciones-reales- de “vuelta atrás”).

Además de en situaciones clínicas, todos podemos observar como este proceso resumido verbalmente en “nada ha cambiado, todo sigue igual (y su correlato de la función personalidad: “sigo siendo el mismo de antes”) aparece con frecuencia en nuestra vida cotidiana, incluso en aquellos que llevamos años de terapia personal, formación y supervisión.

En nuestra experiencia personal y cotidiana: en un momento concreto una compulsión que no hacía acto de presencia, vuelve a imponerse; un silencio como respuesta ante una situación de incomprensión vuelve a instalarse después de mucho tiempo de desretroflexiones o un resentimiento ante un agravio mil veces sentido surge después de algún tiempo de “agresiones” al entorno.

Líneas de reflexión

Este fenómeno, nos parece muy relevante en las experiencias depresivas, pero vamos a hacer especial énfasis cuando surge en el postcontacto, ya que generalmente coge de sorpresa al terapeuta, y además con mucha frecuencia ha ido acompañado antes de su aparición de verbalizaciones de transformaciones significativas fuera de la sala de terapia, halagos hacia la terapia, al proceso terapéutico e incluso al propio terapeuta.

Una primera reflexión a la que somos invitados, haría referencia a lo que se considera cambio y cambiar, porque algunas palabras funcionan como significantes vacíos, receptáculos de información y sentido que se dan por supuestos y que son comunes a un grupo y contexto histórico concreto. Y así desde este punto de vista, quizás

teóricamente, se esté produciendo un decalage entre cómo el paciente (y la sociedad) vive la situación terapéutica de cambio y la propia teoría gestáltica de campo a este respecto.

Otra línea de reflexión sería sobre la permanencia y el cambio de la función personalidad del *self*. Sobre el hecho de si son las experiencias previas, almacenadas en algún lugar del organismo (cuerpo/mente) las que surgen para dar soporte a las nuevas situaciones, o más bien, como pensamos, la función personalidad es una estructura de posibilidad “simplemente”, es decir, que la función personalidad a partir del trabajo terapéutico “sabe” que el organismo enfrentará nuevas situaciones, porque lo que permanece es la capacidad de experimentar (contactar)

Además nos gustaría reflexionar a propósito del fenómeno durante el postcontacto, sobre el párrafo 4 del capítulo 13, apartado 5 del PHG donde podemos encontrar alguna luz a este fenómeno.

La última sería analizar cómo intervenir desde una perspectiva clínica en la sesión de terapia en el fenómeno, bien como algo individual perteneciente al paciente o bien como fenómeno de campo o en el campo.

Los significantes: “cambio” y “cambiar”

“El problema de tener una mente abierta, es que la gente insiste en entrar dentro y poner allí sus cosas”

Terry Pratchet

La RAE, define “cambiar” entre otras acepciones como:

- 1.- Tr. Dejar una cosa o situación para tomar otra. Por ejemplo cambiar de nombre, de lugar, destino, oficio, vestido, opinión, gusto, costumbre.
- 2.- Tr. Convertir o mudar algo en otra cosa, frecuentemente su contraria. Por ejemplo cambiar la pena en gozo, el odio en amor, la risa en llanto.

En política y sociología existe un concepto que puede sernos de cierta utilidad, es el de significativo vacío que hace referencia a “la construcción de una identidad popular, una vez que la presencia de una frontera estable, se da por sentada”². Desde un punto de vista teórico, esta estabilidad da identidad. Todos los miembros de esa colectividad “saben” lo que significa “cambiar”. En lo referente a lo psicológico, es la mutación de algo “enfermo” en algo “sano” o la eliminación de unos síntomas y es la sociedad la que se constituye como garante de que ese cambio es beneficioso y el adecuado a efectos del mantenimiento de la identidad. De alguna manera cambiar y permanecer al mismo tiempo. La sociedad, necesita “saber” que aunque se cambie seguimos siendo quienes éramos y por lo tanto reconocibles por el grupo o colectividad a la que pertenecemos.

Este requisito social toma como elementos esenciales: el que el crecimiento y el cambio es siempre “hacia algo mejor”, de tal manera que no hay posibilidad de vuelta atrás sin que esto sea considerado como un retroceso. En el imaginario colectivo hay algo que

² Pendiente de referenciar

tenemos que llegar a conseguir en algún sitio, de manera preestablecida, pero poco definida. Además estos cambios fisiológicos tienen que garantizar el mantenimiento de la identidad que todos pueden reconocer: “si queremos que todo siga como está es necesario que todo cambie” en palabras de Giuseppe Tomasi di Lampedusa.

Este punto de vista nos remite a la evaluación extrínseca, a la ética normativista, a un planteamiento moderno de la sociedad y a la dicotomía.

Pero la RAE en su cuarta acepción define “cambiar” como: **“dirigirse recíprocamente, gestos, ideas, miradas, sonrisas etc.”**. Esta acepción toca de lleno conceptos reconocibles para nosotros como: proceso, criterios estéticos de la terapia Gestalt, evaluación intrínseca y también que todos los fenómenos que surjan en la sesión o se construyan en la misma pueden remitir al tema de la figura y el fondo más que a planteamientos dicotómicos y también a una idea ampliamente manifestada por algunos autores gestálticos de que la terapia *Gestalt* tiene un buen encaje desde una perspectiva postmoderna, donde desaparece la idea de autoridad, de relato universal, de verticalidad en las relaciones y aparece una horizontalidad en las mismas, un pliegue y despliegue de las experiencias clínicas, la idea de relaciones igualitarias entre paciente y terapeuta. De modo que el cambio es visto como la intervención sobre el *self*, la flexibilidad en la frontera contacto y todos los posibles sentidos que las experiencias proveen tienen cabida.

En ocasiones la secuencia de contacto, nos ha confundido ya que tendemos a considerar que hay una progresión automática de las fases, donde una sustituye a la anterior, que debe dejar de estar presente porque la nueva es considerada un avance, más adecuada etc. No decimos que no sea así, pero también es importante considerar que el proceso de contacto más que un “cadena montañosa” podría ser equiparado a una enorme extensión de terreno en el que se suceden simultáneamente formas distintas y donde en cada ocasión hay una sucesión de figuras y fondos, y una toma el primer plano, pero todas son coexistentes y el proceso de contacto las hace posibles. El problema quizás surja cuando en la “sociedad fuera de la sala de terapia” cambiar siempre es un proceso de menos a más y surgen las dicotomías, de tal modo que si hoy estás más alegre que ayer, mañana deberás estar más alegre todavía y es difícil sostener que puedes estar alegre y triste en un mismo espacio temporal o geográfico y ser completamente funcional.

Por ejemplo I. acude a terapia donde manifiesta que todo su contexto social le recrimina que cómo es posible que después de dos años de terapia, ante una situación de divorcio, surja la pena, el llanto etc. viéndose constantemente confrontada a que ella no ha cambiado tanto, que la terapia no le ha servido para nada, mientras que ella en la sesión manifiesta cómo ella todo esto que le está ocurriéndolo vive con naturalidad, pero su contexto le hace dudar de ello.

Reflexiones sobre la transformación de la función personalidad del *self*

“La experiencia nos enseña que la experiencia no sirve para nada”

Jaume Perich “El Perich”

Cuanto más dejamos de ser esa persona conocida, del pasado, para transformarnos en esta otra más interesante, espontánea... más riesgo, más vértigo.

Esta ficción que llamamos función personalidad se transforma con una lentitud pasmosa, extenuante, agotadora...

A veces el contacto se transforma tan rápidamente en algún comportamiento concreto que la inquietud nos embarga (o debería hacerlo) porque sabemos que esto tiene un repercusión mínima en la función personalidad.

S tiene 30 años y una larga experiencia con problemas con la comida y secretos. En tres meses de terapia en cada sesión ha ideado DESVELANDOME (y desvelándose) toda una serie de secretos que no tenía pensado contar nunca a nadie. Además ha iniciado un proceso de desretroflexión de sus trastornos de alimentación con sus amigos y con su mujer, que tampoco pensaba hacer.

Porque la sociedad avanza lentamente, porque EL OTRO se sigue relacionando con una ficción ampliamente conocida, porque la sociedad destruye aquello que tiende a destruirla, y la nueva función personalidad pone en peligro ideas fijadas, que nos dan seguridad, con las que hemos convivido durante años: la pareja se sorprende y reacciona con angustia, ansiedad etc; la madre o el padre se asusta y surgen sentimiento de culpa o se alegra de manera irracional; los amigos siguen en sus cosas.

Y, si, podemos confluir, adaptarnos, aceptar las normas impuestas, o transformarnos en líderes de esa misma sociedad con el fin de ejercer influencia para su transformación o podemos, por último irnos a otra sociedad. Pero no hay tanta diferencia entre estas opciones.

La función personalidad irá modificándose y cambiando casi igual de lento que lo hace la sociedad, mientras que podemos obtener resultados más interesantes en el trabajo con el *self*.

No podemos, por lo tanto, estar más de acuerdo con nuestro/a paciente, en la medida en que el fenómeno que tratamos de abordar forma parte de la experiencia compartida, por el cual sabemos que la estructura de la función personalidad, se modifica de manera muy lenta y que no es una mera acumulación de experiencias las que van a producir modificaciones de la misma, sino el trabajo en la frontera-contacto, en volver espontáneo algo que es rígido, donde vamos a poder observar como el mirarnos se transforma, el hablarnos cambia el tono, nos dirigimos palabras nunca dichas, nos aproximamos físicamente o nos alejamos, donde compartimos caricias verbales o físicas, que van a ser los indicadores intrínsecos de esto que en este artículo hemos llamado el cambio en Terapia Gestalt.

“Si el amor vuelve ciego, el desamor produce vértigo”³

“No, rien de rien, non je ne regrette rien...”

Letra de Michel Vaucaire

³ Referencia del capítulo 13, apartado 5, párrafo 4 del PHG

Qué puede estar ocurriendo para que el paciente o la paciente, que venía reconociendo avances, cambios, transformaciones convenientes para él o ella; y cuando parecería teóricamente, que todo esto formaría parte de su fisiología secundaria a partir del proceso de asimilación, acuda y exprese sus dudas, su vuelta atrás, su desasosiego, abatimiento, por repetir situaciones del pasado en el presente, como si todo el esfuerzo realizado a lo largo del proceso terapéutico se hubiera esfumado.

Puesto que el crecimiento fisiológico (sensación percepción, motricidad), aunque pequeño es absolutamente cierto y fiable y no podemos ser engañados por un ajuste creativo, debemos tomar el fenómeno del que hablamos como una vuelta a la consciencia de unas experiencias pasadas que habríamos estado intentando renegar de ellas como si nunca hubieran formado parte de nuestra identidad, con el fin de que las nuevas experiencias ocuparan su lugar, sin ser demasiado conscientes de que lo que somos en el presente tienen mucho que ver con lo que hemos llegado a ser y lo que vamos a seguir siendo.

Parecería que para poder asimilar las nuevas experiencias hemos introyectado una fuerza que inhiba lo que “hemos sido”, lo que hemos sentido al amar, o al sufrir, al tomar o dejar etc. de modo que *“ cuando nuestra realización del pasado, tal como ha sido, se aparta necesariamente de nuestro objetivo presente, en lugar de ser capaces de utilizarla como un recurso actualmente disponible, o rechazarla puesto que ya no es pertinente, consumimos nuestra energía negándola, sintiendo vergüenza, atacándola, pues todavía es una situación inacabada”*.

Intervención clínica individual o de campo

Al final, cualquier reflexión teórica tiene que tener la misión de entender un fenómeno con el fin de intervenir en él de alguna manera.

Desde una perspectiva individualista que todos podemos reconocer con cierta facilidad, porque somos sociedad igual que nuestro paciente, cuando él o ella nos dice “ estoy igual, hago lo mismo, no he cambiado”, podemos tener la tentación de pensar que algo no va bien en el paciente en ese momento, que algo de su contexto está presionando y generando angustia. Así toda la intervención irá encaminada a analizar qué está pasando-LE para que surja este sentimiento. El terapeuta puede sentirse juzgado, criticado, amenazado, herido en su orgullo y cuestionado (lo mismo que el paciente) y probablemente esto pueda agudizar la tendencia a avergonzarse, responsabilizar exclusivamente al otro.

Desde una perspectiva de campo sin embargo el terapeuta establecerá la hipótesis de que esas afirmaciones hablan de la transformación de la relación terapéutica, puesto que son verbalizadas a este terapeuta en este momento.

Nuestra hipótesis es que algo en la relación terapéutica ha cambiado lo suficiente como para que el paciente pueda ser consciente de esta nueva identidad que están creando y que experimenta fisiológicamente y que le lleva a mostrar-NOS un organismo disminuido en sus capacidades (por ejemplo mostrándose como un niño o niña desvalido), cuando paciente y terapeuta “saben” que hay toda una serie de recursos que lo convierten en absolutamente válido pero que al mismo tiempo le inquietan, alteran, generan angustia, por si irreversible transformación.

Conclusiones

Si el terapeuta gestáltico toma como hipótesis de trabajo, las definiciones 1 y 2 de la RAE, estaría en una posición de reforzamiento de la función personalidad del paciente buscando en el pasado una comparación con el presente para demostrar o hacer evidente que los cambios se han dado. Además probablemente estaría más centrado en el resultado y el contenido (por ejemplo lo que hace fuera de la sala de terapia) que en el proceso.

Si la elección es a partir de la aportación de la definición cuarta de la RAE, el trabajo con el *ello* de la situación se impone, nos centramos en el proceso y en lo que ocurre en la frontera-contacto, al margen de si existe correlación o no con el mundo fuera de la sala de terapia. El trabajo es con el *self* en su conjunto. Así nuestro paciente expresa esta experiencia de volver a repetir comportamientos etc., pero ha tenido que volver a pedir cita y venir, lo hace con un tono de voz nuevo, con una presencia física distinta etc.

En la experiencia depresiva descrita, la idea de cambio convencional es poco visible aparentemente. Después de dos años de terapia “sigue igual”, su estructura de personalidad puede que se haya modificado poco, y sin embargo sí que hay una modificación de la estructura de contacto, del *self*: cuando vino se definió como poco hablador y cuando sale de la sesión de terapia sigue sin hablar demasiado, pero entre nosotros podemos estar la hora entera conversando; se lamenta de que no es aquella persona activa en su trabajo de médico, pero en el encuentro sonríe, me pregunta; el propio lamento es un signo de viveza; le costaba mucho acudir a terapia y sigue costándole, de hecho su mujer es la que tira de él para venir, pero una vez en terapia reconoce que le ayudo a ver las cosas de manera distintas, le apporto sentidos, y bromea con que le doy algunas pautas sabiendo que no las va a cumplir etc. Esto afectaría a la personalidad del psicólogo normativo, quizás dudara de su capacidad para promover cambios en el paciente, quizás necesitara atribuir la responsabilidad al paciente para mantener intacta su propia personalidad .

Por otro lado está la experiencia del trastorno de la alimentación brevemente descrita, donde el paciente en poco tiempo está desretrofectando acciones y emociones largamente reprimidas, ha dejado de vomitar, habla de ello incluso con personas que no imaginaría. Este tipo de comportamiento también transformaría la personalidad de los psicólogos normativos, reafirmandoles en su buen hacer, en sus conocimientos, en sus técnicas.

Sin embargo, los terapeutas gestálticos frente a los psicólogos normativos vivimos siempre en la cuerda floja, sabiendo que el cambio es estético y poco normativo, que donde hay aparentemente poca transformación de la personalidad puede haber mucha movilidad del *self* y donde hay mucha acción del organismo puede haber mucha deliberación del *self*.

Si perdemos el foco de atención en nuestro concepto de cambio, podemos encontrarnos corriendo y jadeando detrás de esos cambios que la persona hace fuera de terapia como si fueran el objetivo terapéutico. Nuestro foco de atención debe ser el trabajo con el *self* de modo que cuando en la sesión de terapia la persona nos relata esos cambios tan evidentes y en ocasiones tan gratificantes junto al reconocimiento “relativo” de una

cierta mejoría normativa, será necesario volver a traer al campo de la sesión terapéutica qué nos dice esto del proceso que se están realizando el aquí y ahora.

M.C. acude a terapia eufórica por el reconocimiento que está recibiendo fuera en su trabajo y como esto le satisface, le hace sentirse grande, fuerte y lo contenta que está con nuestro trabajo terapéutico. Después de media hora, la terapeuta le hace la siguiente observación:

T: tengo curiosidad por saber cómo llevas media hora relatándome lo contenta que estás por sentirte vista y reconocida por los demás y los pocos segundos en que me he visto mirada por ti en este tiempo.

En este momento la paciente comienza a llorar y dice:

MC: sabía que me ibas a pillar, no sabía cómo hablarte de mi miedo a perderte...

Otras posibilidades del fenómeno:

- Que sea una actitud retórica, una forma arcaica de relación que surge en momentos de ansiedad con poca pertinencia relacional
- Puede que sea algún tipo de lealtad con alguien del pasado (incluida lo propia imagen del yo de la paciente).

Así pues si trabajar con la función personalidad (biografía, comparación antes y después, el uso de técnicas) da una cierta seguridad al terapeuta gestáltico, el trabajo con el *self* es lento, difuso y confuso.

Algunos y algunas terapeutas gestálticos vivimos la terapia como auténticos equilibristas de la relación, siempre adoptando nuevos puntos de vista, experimentando novedades, sorprendidos por nuestra curiosidad, sin tener verdades absolutas a las que venerar, agarrados a lo que sentimos, pensamos y experimentamos en el aquí y ahora de cada situación terapéutica, siempre cayendo y siempre levantándonos con ayuda del otro.

Una vez dijimos que los terapeutas gestálticos éramos artesanos de la forma y ahora añadimos: y funámbulos de la clínica.

Bibliografía

(somos conscientes de toda la bibliografía y las referencias que están ausentes)