

MICHAEL TITZE

ELEMENTOS DE LA PSICOTERAPIA ADLERIANA

Advertencias preliminares: El texto que sigue no corresponde a ningún libro de psicología individual completo. Él contiene sólo elementos específicos de la psicoterapia adleriana o sea del teleoanálisis, que pueden ser sobre todo de utilidad para la realización de una terapia de corta duración sobre una base psicológica profunda.

Como es sabido, la psicoterapia adleriana es una parte de la psicología profunda: como el psicoanálisis de Freud y la psicología analítica de Jung

1. LA PSICOLOGIA ADLERIANA Y EL PROBLEMA DE SU DENOMINACIÓN

ADLER fundamentó su doctrina en los principios de la filosofía fenomenológica, según los cuales la psique humana está organizada de acuerdo a estructuras de totalidad (cf. TITZE 1982, p. 25) En este sentido, la noción de “individuo” significa lo “indivisible”. Hasta hoy sólo los expertos en la doctrina adleriana han tenido una clara conciencia de este significado en la expresión “psicología individual”. Tanto los profanos como la mayoría de los especialistas no iniciados en la doctrina adleriana entienden por individuo la persona aislada, en oposición al grupo o a la comunidad –y por psicología individual la teoría psicológica sobre esa persona aislada.

Efectivamente, el término “psicología individual” no resultó ser una designación muy afortunada, como se constata ya por el hecho de que muchos “adlerianos” evitan calificarse a sí mismos de “psicólogos individuales”. Esta tendencia está difundida especialmente en los países de habla inglesa, francesa y castellana. Allí se ha generalizado la denominación de “psicología adleriana”. Por esta razón se decidió Rudolf DREIKURS, el auténtico sucesor de ADLER, una nueva designación para las doctrinas de ADLER:

“Nuestra idea es sustituir la actual denominación ‘psicología individual’ o, como decimos en América, *Adlerian psychology*, por el término ‘*teleoanálisis*’. Cabe considerar la psicología de Adler como teleoanálisis, pues nosotros consideramos el conocimiento y la modificación de los objetivos de una persona como base de nuestros esfuerzos correctores, ya sean de tipo educativo, pedagógico o terapéutico. “ (DREIKURS 1953, p. 13)

En el siguiente texto se utilizará el término de teleoanálisis siempre que nos refiramos o se trate de problemas psicoterapéuticos específicos. Cuando nos

referimos a cuestiones más generales, usaremos el término de psicología adleriana.

2. EL ESTILO INDIVIDUAL DE VIDA: EL SISTEMA PRIMARIO DE REFERENCIAS

En el *Diccionario de Psicología Individual* leemos lo siguiente sobre el *estilo de vida*:

“Adler entiende por ‘estilo de vida’ la unidad de la personalidad y su configuración individual. El término tiene un significado muy amplio y designa a la vez:

- a) el conjunto personal y distintivo de las formas comportamiento y vivencias del individuo en su infancia;
- b) la opinión de sí mismo, de los demás y del mundo que tiene el individuo;
- c) la orientación característica del individuo hacia la superación, el éxito y la perfección;
- d) la totalidad peculiar del individuo.” (von PERFALL 1999, p. 134)

El estilo de vida reemplaza, en ADLER, a términos como “carácter”, “personalidad”, “yo”, “esquema de apercepción”, “forma de vida”, “plan de vida”, “ley de movimiento” y “línea de movimiento”.

2.1 LA TENDENCIA A LA SEGURIDAD

Un niño llega a este mundo. Éste es para él totalmente extraño y desconocido, lo cual no es necesario que sea sustentado. Pero el niño tiene ciertas capacidades que desde el principio le permiten *actuar con determinados objetivos*. Así el niño es capaz de gritar señalizando a sus personas de confianza que está hambriento o tiene dolores. Además el niño sabe qué movimientos de su boca debe hacer, para poder tomar la leche del pecho de su mamá, lo que le permite alimentarse y le asegura por otra parte, su propia existencia.

A estas capacidades se las considera como instintivas o comportamientos de nacimiento. Sin embargo en comparación con los demás seres vivos ellas están mucho mejor desarrolladas en los demás seres vivos que en el hombre. Con esto hacemos referencia especialmente a la capacidad de orientarse en el mundo y de moverse independientemente. El hombre está también en desventaja, si se toman en consideración la fuerza y la capacidad de movimientos o capacidad motriz.

Por esta razón en los estadios básicos de su desarrollo, las personas deben estar empeñadas en compensar o bien superar estos obstáculos. Por eso él debe

encontrar medios y caminos, en gran parte de forma independiente, que le llevarán a concretar el fin ficticio de una protección perfecta de su propia existencia. Ésta tendencia a la seguridad determina de una forma central la dinámica de vida de la persona. Ella corresponde a un movimiento permanente desde una “posición de déficit” individualmente vivida a una “posición superior y positiva”.

La posición de déficit está ligada a sensaciones de desgano e inferioridad, impotencia, debilidad y peligro, mientras que la posición positiva va acompañada de sensaciones de superioridad, fuerza, poder y seguridad en sí mismo.

2.2 EL ESQUEMA PRIMARIO DE APERCEPCIÓN

Para orientarse en un mundo desconocido para él, el niño debe tomar una posición activa y creativa frente a los objetos del medio que lo rodea. Él tiene que interpretar de forma selectiva a éstos objetos de la inmediatez. En el marco de esta valoración el niño recurre a sus medios sensitivos:

- Él observa como las cosas se colorean y de que manera se somborean desde la perspectiva;
- él toca, para ver como se sienten;
- él constata el gusto de ellas, es decir como saben;
- él escucha qué sonidos producen.

Resultado: El niño constata señales funcionales (atributos, cualidades) de los objetos que lo rodean. Estas cualidades son fenómenos exclusivamente subjetivos. La calificamos también de *conocimientos primarios*. A estos se los puede calificar de afectivos y centralmente corporales. Así se desarrolla una unidad de relación funcional entre el yo y el mundo exterior que se organiza en el esquema de apercepción primaria.

Esa actividad de ordenación y de valoración representa un factor importante de seguridad, dado que el sentimiento de desorientación aparece como amenazante. Así comienza desde la más temprana edad, como bebé, con la tarea de clasificar funcional y sistemáticamente los objetos que lo rodean. Para esto él se sirve de una estrategia totalmente intuitiva y prerreflexiva, una estrategia fácil y pensable: él examina los objetos respectivos en este sentido, si éstos son apropiados para generar sensaciones agradables o si al contrario éstos producen sentimientos negativos (“*esquema de apercepción antitético*”). Las experiencias correspondientes son asimiladas al sistema de orientación primaria que ADLER califica de *estilo de vida individual*.

2.2.1 LÓGICA PRIVADA

La lógica que es determinada para el esquema de apercepción antitética es simple: ella se puede representar como un sistema de dos cajones, uno contiene un esquema positivo, allí son incorporadas todas las experiencias que contienen señales de afecto positivas o satisfactorias. Todas las experiencias que en cambio van acompañadas de sensaciones negativas, se incorporan al esquema negativo.

***Ejemplo:** Un niño ve un limón partido por la mitad en la mesa de cocina que inmediatamente llama su atención. El color amarillo, la humedad y blandura del objeto son muy llamativos. Estas informaciones hacen que se tienda a colocar el objeto en el primer “cajón”. Con cara sonriente el niño somete el limón finalmente a la última y decisiva prueba: Este toma el limón en la boca y lo chupa, seguidamente pone una cara de repugnancia! El niño constataba que éste objeto posee la cualidad de tener un sabor repugnante. En adelante éste niño rechazará todos los limones y cítricos. Ellos serán colocados según el lema “uno para todos, todo para uno” en el cajón negativo. Ellos permanecerán allí hasta que en el periodo de desarrollo posterior comience con la clasificación (antitético) primitivo en el esquema blanco y negro. Luego el niño comprenderá poco a poco que los limones y las naranjas no son completamente iguales, sino que sólo se parecen (y por consiguiente poseen toda la fila de cualidades diferentes). De la misma forma el niño aprenderá también a ver a sus prójimos de forma diferenciada y a no valorarlos más **solamente** como buenos o malos.*

2.2.2 EL ESQUEMA PRIMARIO DE APERCEPCIÓN COMO “CAUSA FINALIS”

El esquema de apercepción trae consigo líneas directrices a las cuales el niño en su sistemático accionar se guiará y podrá orientar. De esta forma toma implícitamente este niño referencias previas de las relaciones de experiencia ya disponibles. De esta forma la psicología adleriana reconoce o parte de una “causalidad interna”. Este es el punto de partida de la aspiración finalista.

Esto será ilustrado a continuación de forma más cercana. Muchos educadores parten de la base de que el comportamiento de los niños cuidados por ellos, pueden ser atribuidos de forma causal a ciertos rasgos característicos de “bondad” o “maldad”. Así un niño que molesta en la clase, es juzgado de “travieso” o “agresivo”, sin embargo de que esa caracterización puede ser explicada a través de determinados efectos causales: como por ejemplo una agresión potencial heredada, errores traumáticos producidos por la educación en la infancia temprana, la adquisición justificada de modelos de comportamiento agresivos etc. Por lo tanto el comportamiento específico del niño, que se manifiesta con respecto a sus personas de referencia, puede ser explicado por diferentes “por-que-motivos”, o motivos causales.

La psicología adleriana no niega que la pregunta por la determinación del *por-qué* del comportamiento y actuar humano, abre múltiples posibilidades respecto de la ganancia de conocimiento sobre esto. Además la psicología individual se hace la pregunta sobre la finalidad primaria del *para-qué* o el hacia-donde de la motivación de los actos o conducta del hombre. La psicología adleriana parte del supuesto de que los motivos del para-qué (causa finalista de la voluntad) del actuar del hombre, es posible de ser entendido de forma bastante certera por los pedagogos y psicólogos.

Si nos quedamos en nuestro ejemplo del niño travieso, el educador tendrá que examinar en este caso que es lo que éste niño *intenta alcanzar* a través de su comportamiento agresivo, es decir *cual es su intención*, en una palabra: cuál es el *fin* de su acción agresiva. Una respuesta a esta pregunta del para-qué, se revelará por las consecuencias observadas, creadas por los efectos que exactamente esta acción crea. Tomando en cuenta el hecho de que el hombre es genuinamente un ser vivo social, lo que aquí se trata de constatar es como las personas cercanas a este niño reaccionan a su comportamiento agresivo. Si ellos se sienten provocados, reaccionarán seguramente de otra manera, que si se sienten importunados o impotentes, que si se sienten de algún modo decepcionados. Haciendo un reconocimiento más exacto de tales reacciones se podrá constatar básicamente que un comportamiento que aparece de forma superficial como globalmente “agresivo”, debe ser diferenciado dado que puede seguir o perseguir fines totalmente diferentes.

Así un niño agresivo podría estar persiguiendo sin darse cuenta, el llamar la atención (El educador reaccionará en este caso por lo general con irritación). Sin embargo la agresividad puede también ser una característica importante de una lucha por el poder en la cual el niño persigue el fin de la superioridad (El educador se sentirá en este caso por lo general desafiado o bien confundido). Finalmente un niño que se siente ofendido, desanimado o de modo injustamente maltratado, echará mano igualmente sin darse cuenta a la acción agresiva para ejercitar desquite (En éste caso el educador reaccionará ofendido o con enojo, y estará él mismo propenso a ejercer o tomar medidas de desquite).

En todos estos casos se trata del descubrimiento de la finalidad primaria del actuar del niño. Ésta trae un movimiento dinámico en el esquema de aperccepción primario que responde al prototipo del *estilo de vida individual*. Ésta eficacia se conserva también en la mayoría de edad. Sin embargo ella será modificada por la finalidad del esquema de aperccepción secundario.

2.3 INTERÉS SOCIAL

El amplio desamparo y pasividad del niño es una condición natural para la tendencia e interés en el desarrollo de relaciones con sus personas de referencia importantes (p. ej., a los padres). La manera y forma como éstas personas de referencia se le presentan al niño, producen o generan una imagen específica extraña (heteroimagen). Éste es un componente del esquema de apercepción primario.

Si la relación con las personas de referencia es positiva, puede llegar cada unidad a la armonía, el denominado por Fritz Künkel “nosotros-originario”: ésta es la condición básica para que pueda nacer un sentimiento elemental de seguridad en sí mismo. Al contrario es válido de que pueden ser llamados sentimientos de desgano y miedo, si es que ese sentimiento del “nosotros-originario” no puede ser generado, eso significa que las relaciones con las personas de referencia son negativas. Por lo cual concluye la psicología individual de que la relación social es anterior a la de identidad del yo, y que una marcada sensación de inferioridad es un indicador de perturbaciones tempranas en las relaciones sociales.

Sólo una relación intacta y de confianza con los prójimos y personas que rodean al individuo, posibilita la gestación de un estilo de vida individual fundado en el ánimo y la confianza en sí mismo. Esta confianza social primaria y básica es de nuevo la condición para una estabilidad emocional que garantizará salud síquica en la vida más tardía y promoverá además competencia social.

3. EL ESTILO DE VIDA SOCIAL: EL SISTEMA SECUNDARIO DE REFERENCIAS

Dentro del período de la ontogénesis en el cual el estilo individual de vida está todavía en su etapa de gestación, se instituye y establece una adquisición de conocimientos nueva. Esto es transmitido desde los compañeros sociales, es decir desde afuera, hacia el niño. Además las líneas directrices, que dan ayuda y orientación al niño, poseen una mayor multiplicidad y diferenciación a medida que el estado de desarrollo es mayor. Esto está relacionado parcialmente con el arraigo de las capacidades psicomotoras que le posibilitan una expansión considerable en el radio de acción. Por ello, el niño puede acumular experiencias y ordenar funciones de una multitud de objetos que le eran hasta ahora desconocidos. Pero sobre todo, el niño puede ahora tomar parte activamente en la relación con sus prójimos. Esto representa una condición esencial para la participación activa en la vida social.

Por otra parte el niño es capaz, aproximadamente al final de su primer año de vida, de comunicarse de forma recíproca y mutua con sus personas de referencia. Él aprende a entender lo que ellos le comunican en forma verbal y

también le es posible hacerse entender a través de la comunicación verbal. Esto es un considerable progreso en su desarrollo. En las fases más tempranas de su desarrollo el niño podía comunicar sus necesidades sólo de una manera totalmente elemental e indiferenciada, o sea, llorando o gritando. Este medio de comunicación vocal primario se refinará y mejorará a medida que avance en sus etapas de desarrollo. Con esto el niño crece inmerso dentro del sistema de reglas de comunicación de la lengua social perfectamente definido desde el punto de vista simbólico, gramatical y sintáctico. Esta es una condición decisiva para los efectos de la *socialización*. En esta relación el niño adquiere los *conocimientos sociales* que ADLER también los califica *de sentido común*. Esto es una condición indispensable para la futura toma de un *rol social*.

Estos conocimientos secundarios adquiridos son organizados en un sistema de referencias nuevo que posee validez universal. Éste contiene esquemas de apercepción, líneas de referencia y planes de acción estratégicos que poseen un contenido de realidad diferente que el sistema de referencia primario. Se trata de contenidos de aprendizaje estructurados, es decir una receta reglada de saber que el niño tiene que tomar en el curso de su socialización para ser integrado en la vida en comunidad. Éste sistema de referencia secundario funda el *estilo de vida social* del hombre respectivo. (La noción de “Estilo de vida social” fue usado ya por los filósofos alemanes Wilhelm DILTHEY, Georg SIMMEL y Max WEBER, antes de que ADLER lo tomara).

El sistema de referencia primario que se constituyó a través de la adquisición de saber privado, existe paralelamente con un sistema de referencia referido a la razón que se estructura lógicamente según la lógica aristotélica. Para explicarlo más sencillamente: el *yo-quiero* (principio pragmático del estilo de vida individual) se delimita y completa a través del *yo-debo* (principio normativo del estilo de vida social).

3.1 LA MEDIACIÓN EDUCATIVA DEL CONOCIMIENTO SECUNDARIO

En la temprana edad del niño las personas de referencias están por lo general ante todo, al servicio de su satisfacción de necesidades primarias. Tan pronto como el niño aprende y entonces comprende comunicaciones lingüísticas, estas personas de referencias exigen e implementan principalmente mediante éste medio medidas educativas (normativas).

La generosidad relativa a la cual estaba familiarizada hasta ahora el niño desde su fase de desarrollo primaria se hace con ello cada vez más limitada. Su acción, que se orientaba de un modo pragmático a la satisfacción de necesidades, tendrá de ahora en adelante un control más o menos duradero por parte de los educadores. Será promovido un comportamiento conforme a las

reglas sociales ("conducta"), prácticas educaciones usuales y en cambio travesuras y malos comportamientos serán sancionados ("principio del elogio-sanción"). En esta relación se desarrolla una conciencia de falta, que posibilita una acción conforme a normas que constituirán un punto central y elemental en la socialización.

3.1.2 ADIESTRAMIENTO NORMATIVO

En el marco de la temprana socialización del niño se transmiten las reglas de comportamiento que Fritz KÜNKEL ha calificado de "adiestramientos" (neologismo de KÜNKEL derivado de alemán *dressieren*=domar, adiestrar). Ellas son incorporadas al esquema secundario de apercepción. Éste esquema de apercepción no sigue al conocido principio pragmático sino el principio normativo. Las finalidades secundarias que de aquí se derivan no tienden por consecuencia a la superación de sensaciones de desagrado que conllevan a la inseguridad, sino que tienden a la evitación de errores socialmente molestos.

Así se le enseña el niño en el marco del entrenamiento para la higiene, el seguir y mantener ciertos principios de higiene. Otros ejemplos de normas sociales resultan en relación a la regulación del régimen y costumbres diarias en la familia y con el desarrollo y observación de determinados rituales que van acompañadas a ello ("tiempo de ir a la cama", "horarios para comer") o el mantener y respetar ciertos límites ("no ir al refrigerador"; "comer lo que se pone sobre la mesa" etc.)

3.2. LAS FINALIDADES SECUNDARIAS

La fase de la educación elemental, que sirve para la transmisión de las normas sociales, encuentra su fin aproximadamente al momento de que los niños comienzan la escuela. Éste posee una capacidad oral y de comprensión suficiente. Él está en condiciones de establecer relaciones abstractas en el sentido de la lógica universal, lo que es una condición básica para un pensamiento acompañado por el razonamiento, planeamiento y argumentación. El niño es capaz también de seguir las peticiones socialmente necesarias (normativo) "el-debe", cuando éstas *no* correspondan con sus inclinaciones y necesidades.

3.2.1 LAS NORMAS SOCIALES

Las normas sociales están fijadas ante todo como reglas exteriores, órdenes, así como sistemas de valor y sistemas de creencias. Los conocimientos de estas normas posibilitan al individuo respectivo un actuar conforme a las solicitudes específicas de la sociedad. Sólo de este modo puede ser garantizada una

convivencia entre individuos de una manera óptima. La finalidad social se constituye a través de la “internalización” de las peticiones sociales.

3.2.2 LOS IDEALES SECUNDARIOS

Cada individuo se pone, en el marco de su estilo de vida individual (es decir conforme a la finalidad primaria), el objetivo final (ficticio) de una “posición positiva” absoluta (cf. 2.1). Ese movimiento vertical de la primaria finalidad desde “abajo hacia arriba” es, en el sistema de referencia del estilo de vida (más bien la finalidad secundaria allí integrada), no solamente insignificante, sino más bien se lo interpreta negativamente. Dado que la finalidad secundaria sigue una línea de movimiento horizontal continua que a través de los polos normativos definen un comportamiento *absolutamente correcto* y un *absolutamente falso*.

Básicamente los ideales secundarios específicos representan puntos finales de una acción, que se ajustan a la realización de una idea abstracta que posee determinados contenidos prosociales. Mientras más lleno de tales ideas esté, más se orientará su comportamiento a los ideales secundarios y de esa forma tendrá por ende menos significancia la finalidad primaria del estilo individual de vida. De ésta forma podemos remitirnos a los fanáticos religiosos y políticos que sin pensar demasiado sobre ello, renuncian a su vida para “servir a una causa más grande que ellos”. Nosotros podemos pensar también en los revolucionarios que renuncian de igual forma a comodidades y seguridades de la vida para vivir los mejores años de su vida en subsuelos, cárceles o destierros. O bien tomar el caso de los terroristas que dan no solamente su vida a cambio de ideales secundarios, sino también llevan consigo también la vida de terceros.

3.2.3 LA CONCIENCIA

Esta noción se refiere especialmente a aquellos componentes del esquema de apercepción secundario que poseen un contenido ético y moral. El término de conciencia se usaba frecuentemente en la psicología adleriana temprana frecuentemente (cf. KÜHN y TITZE 1995). Este término es en muchos puntos de vista muy parecido al superego. Sin embargo en el pasado más temprano, ésta noción fue apenas tomada en consideración en la psicología adleriana (una excepción la representa Erwin RINGEL).

La conciencia es accesible en gran parte a través de la reflexión consciente, dado que sus contenidos específicos son comunicados, en el curso de la socialización a través conceptos transmitidos a través del lenguaje. Por consiguiente la conciencia es esa “voz” proverbial que puede venir en auto-conversaciones desde el interior “al oído”. Este hecho tiene para la psicoterapia

un gran significado. Ella puede plantear dudas precisamente en esta relación, sobre lo poco realista e irracional de sus contenidos (cf. 5.3.1.4).

3.2.4 IDENTIFICACION SECUNDARIA Y ASUNCION DE ROLES

A principios de los años treinta George Herbert MEAD (1974) hacía hincapié y pedía que se observe que la capacidad de orientar el comportamiento acorde a normas sociales y seguir respectivamente éstas reglas de juego, se adquieren en la etapa posterior de la ontogénesis. Esta capacidad se basa sobre el conocimiento de los fines generales de las acciones conformes a lo social. Quién haya adquirido tal capacidad, estará también en condiciones de anticipar en todo momento las acciones de cualquier persona, es decir de personas también anónimas y considerando el objetivo general de su acción. MEAD usaba con relación a esto el concepto de “asunción de un rol”. Éste concepto tematiza la capacidad de asumir y anticipar la acción de otras personas, es decir el anticiparse al desarrollo de una acción típica. Esto sugiere que se está en condiciones de poder predeklarar básicamente lo que un cartero “típico”, conductor de autobús, padre, camarero etc. *Generalmente hará* antes de que lo haga. Sin embargo el niño no dispone de esta capacidad de generalización. Según MEAD un niño solo es capaz de adaptarse a sus “particulares” conocidos personalmente. Sólo en las secciones más tardías de su vida el niño conseguirá responder y adaptarse al accionar de los prójimos, a causa de ciertos aspectos exteriores de estos terceros y sus roles específicos, como también el comportarse de acuerdo a sus condiciones interiores. Esto pertenece al acto de la *segunda identificación*.

ADLER conoció probablemente los escritos de MEAD. De todos modos ADLER no usó los conceptos de “rol” y “toma de roles”, sino el concepto general de “sentimiento de comunidad”. Teniendo esto en consideración o relacionado con esto es que ADLER describe el concepto de identificación secundaria:

“La psicología individual puede recurrir a sus resultados, de haber resaltado como hechos del sentimiento de comunidad al entendimiento y la comprensión [...] La identificación es inevitablemente necesaria para llegar a un sentimiento de comunidad. La capacidad de identificación debe ser entrenada y solo puede ser entrenada si uno se cría en relación con los otros y se siente también como parte del todo [...]” (ADLER 1928 p. 224).

4. EL ESTILO DE VIDA – UN CONCEPTO DIALECTO

El sistema de referencias primario del estilo de vida individual es una creación genuina y propia del niño que no dispone (todavía) de capacidades de reflexión abstractas. Por eso, este niño crea un esquema de apercepción propio (con los medios insuficientes que posee la lógica de afecto privada), que sigue un principio pragmático. (cf. RUIZ et al. 2006)

El sistema de referencia (secundario) del estilo de vida social es transmitido en cambio al niño en crecimiento a través de su familia o compañeros sociales. Éste sistema de referencia se encuentra codificado a través de medios verbales, a esto le seguirá la lógica regulada (aristotélica) que contiene normas de razón, moral y ética que son indispensables para la convivencia interpersonal (principio normativo).

La salud síquica existe cuando estos sistemas de referencia del estilo de vida armonizan el uno con el otro. Bajo esta condición, el principio pragmático se deja conjugar con el principio normativo, de manera que ambos seguirán aproximadamente la misma dirección (línea de movimiento). Este será el caso cuando un hombre consigue *integrar* su aspiración de seguridad primaria y su aspiración de superación (finalidad primaria) *con* el servicio de actividades socialmente útiles (la finalidad secundaria). En este caso ambas finalidades son compatibles la una con la otra. Por lo tanto el estilo de vida individual y el estilo de vida social del hombre respectivo llegan a una síntesis en armonía.

4.1 CONFLICTOS EN EL SENO DEL ESTILO DE VIDA

El tener una psique sana significa también entonces el poder ofrecer resistencia a los requerimientos exteriores, cuando éstos juegan el rol de disparadores de sentimientos afectivos negativos, eso significa una producción de sensaciones negativas de desgana, enojo, repugnancia o vergüenza. Sin embargo algunas personas no consiguen esta reacción de resistencia. La finalidad secundaria del estilo de vida social, evitativa del conflicto, motiva a estas personas a decir “sí”, cuando en realidad su necesidad era la de “decir que no” (finalidad primaria). Esto produce un *conflicto interno*: la síntesis armónica-compensada entre las finalidades primarias y secundarias se rompe, no se da más la compatibilidad entre el sistema individual y el sistema de referencia social. La oposición resultante provoca una “ambivalencia” (BLEULER) en la finalidad del estilo de vida individual y social.

Si tomamos esto en consideración y observamos a los hombres “lábilés”, “inseguros” y “de un yo-débil”, que se los puede considerar el prototipo del neurótico: este hombre está “desgarrado interiormente”, porque él está constantemente vacilando entre el polo de la satisfacción de necesidades individuales y el polo de la realización de deberes socialmente exigidos sin poder fabricarse una síntesis estable.

Este hombre no debe ser mirado ni como una en personalidad tranquila y consolidada ni como su “antípoda” inconstante e irresponsable, que acciona de manera parcial y siguiendo un principio egoísta.

Este opuesto es el prototipo del “psicópata” que está caracterizado por un déficit social específico, esto significa posee una marcada debilidad del estilo de vida social. Este tipo es descrito en la literatura especializada clínica también como “personalidad anormal / anti-social” o sea con un trastorno de personalidad.

4.2 NEUROSIS VERSUS TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Mientras pacientes que poseen una personalidad anormal se orientan absolutamente por “motivos pragmáticos” de satisfacción de necesidades individuales, los pacientes neuróticos intentan de seguir de una manera escrupulosa las líneas orientadoras que les fija el “principio normativo” (con miras a un accionar conforme a ellos).

Por lo tanto el neurótico se caracteriza por una consideración social extrema, conformidad con roles asignados y escrúpulos morales. (Se habla en esta relación también de una “super-socialización” que corresponde a un exceso de peso del estilo de vida social). Por lo tanto el neurótico tiene la necesidad de hacer “todo perfecto” y el evitar a toda costa los errores. Más aún, el neurótico tiende a poseer extremados remordimientos y pudores, auto-reproches y sensaciones de inferioridad.

Su radio de acción se reduce por su timidez escrupulosa, de manera que él falla paradójicamente precisamente allí dónde él quisiera “ser muy bueno”, o sea, en el área de la realización de deberes socialmente necesarios. Y debido a que él abarca permanentemente demasiado por su perfeccionismo ético, falla también en la vida de comunidad. Esta “inferioridad social” provoca a menudo una miedosa inseguridad que estimula el evitar, el retirarse o hacerse a un lado del “escenario bélico principal de la vida“ (ADLER). El fin de esta tendencia de retirada es la certeza de “un lugar de observación al costado del escenario principal de los sucesos” aislado en el cual las peticiones de los objetivos de la vida (tareas de la vida) son mucho menores o bien los efectos son más débiles.

4.3 EL ARREGLO NEURÓTICO

Para poder justificar esta retirada a su propia conciencia, el neurótico necesita de una causa que actúa al mismo tiempo como justificación y respectivamente de disculpa. Esto es posibilitado por el efecto inhibitor de los síntomas específicos síquicos y psicosomáticos. Con ésta sintomatología el paciente se crea sin darse cuenta un *arreglo neurótico* que lleva –al menos momentánea y

provisionalmente– a una disolución del conflicto interior. Con ello, el arreglo neurótico parece ante todo producir una sensación de alivio y por poco tiempo estabilizarse, pudiendo esto ser interpretado como un recurso interior (defensivo) (cf. 7.1). ¡Dado que de ésta forma, bajo el arreglo neurótico, el paciente (a causa de su enfermedad!) puede evadir a las peticiones de los objetivos de la vida (tareas de la vida) –y con eso evitar también los escrupulosos auto-reproches de su conciencia! Es decir que una síntesis provisional de contrastes ambivalentes en el estilo de vida es fabricado a través de medios patológicos. El conflicto entre los principios pragmáticos y normativos es reparado en un principio, de una “lucha interior” se hace un “armisticio por causas de enfermedad”.

Conclusión: El arreglo neurótico recurre a medios estratégicos del estilo de vida individual. Con esto son utilizadas estrategias regresivas y respectivamente defensivas que se han acreditado o generado ya en la infancia temprana. Se trata de un modelo de reacción latente que fue utilizado y surgió en fases tempranas de la biografía, el atenuar o suavizar una carga emocional fuerte y seria a través de un arreglo de síntomas. A éste modelo de reacción se recurrirá siempre en el curso de la biografía sin darse cuenta, cuando el hombre respectivo se sienta demasiado exigido en la vida real, él no puede sacar sin embargo de ello „por causas de conciencia“ ninguna consecuencia correspondiente.

5. EL GANAR AL PACIENTE

En el marco de la acogida de relación terapéutica se trata de “ganar” al paciente. Esta *es la primera regla de tratamiento* que ADLER determinó. El terapeuta debe también aceptar al paciente como él/ella es. Esto hace principal referencia a manifestaciones inadecuadas de tipo normativo del estilo de vida individual. Por eso el terapeuta de ninguna manera debe dejarse desconcertar etc. Por eventual comportamientos errados, anomalías, tendencias destructivas. Por el contrario, él desde el principio debe estar deseoso de intuitivamente de ponerse en el lugar del “niño pequeño en el paciente”, participar y ser parte de forma empática de sus vivires momentáneos. Ya el interés empático ilimitado del terapeuta en la biografía del paciente parece alentar y contribuye a un establecimiento rápido de la alianza terapéutica.

El terapeuta tiene que estar sobre todo convencido de las capacidades y recursos positivos del paciente. Además él debe reunir una actitud de comprensión compasiva de los problemas y peticiones del paciente. La atención debe estar dirigida hacia el potencial del paciente.

El terapeuta debe intentar también consecuentemente de debilitar las objeciones cuasi racionales del paciente contra sus síntomas propios, déficits y anormalidades. Dado que el terapeuta ayuda al paciente a debilitar el efecto

autocrítico de su esquema de apercepción secundario. Así se producirá un espacio libre para posibilitar una nueva valoración emocional de los sucesos sintomáticos por parte del paciente.

Conclusión: El terapeuta debe presentarse al paciente como un hombre lleno de humor que de manera y actitud comprensiva y amistosa está para el paciente. Así de ésta forma se desarrolla una atmósfera de franqueza, sinceridad e interés.

Básicamente es válido que el terapeuta debe dejar “el liderato del paciente” (ADLER). Esto sugiere que el paciente mismo decide que habla y ofrece: Si él recuerda su infancia o si él aporta sueños, si él fantasea sobre el porvenir o comenta las dificultades actuales, éstas son todas observaciones sobre el “aquí y ahora” del estilo de vida individual que él esta manifestando.

5.1 COMPRENSIVA EMPATÍA

En las primeras fases de la terapia, la empatía tiene un decisivo primer plano. El terapeuta sigue la divisa: “Todo lo que promueva la relación debe ser llevado a cabo, todo lo que en cambio la perturbe, debe ser evitado”.

Según este axioma o principio, el terapeuta debe estar desde el principio deseoso de entenderse directamente con el paciente. Por eso, el terapeuta no debe detenerse en el nivel de la comunicación verbal, sino ir aún “más profundo”. Él debe adaptarse al “mutismo” verbal del sistema de orientación primario “hermenéutico” (= de entendimiento), enfocándose de esa forma a los modos de expresión afectivos del paciente. Esta es una condición indispensable de lo que el terapeuta debe aprender e intuitivamente comprender todos aquellos medios de expresión concretos gráficos que han sido creados por él paciente mismo en su temprana infancia.

El terapeuta debe también prestar atención a los movimientos del paciente y con esto verbalizar las expresiones específicas corporales del paciente. Así el terapeuta, siguiendo un consejo de ADLER, debe “cerrar los oídos” una y otra vez “para adaptarse –en el sentido de una inmersión artística– a través de una empatía intuitiva a la variedad y diversidad de los mensajes no verbales del paciente. El terapeuta debe verbalizar estos mensajes consecuentemente, esto significa traducirlos o expresarlos a través de la lengua hablada. En la literatura psicológica éste proceso es calificado de interpretación. De este modo es abierto un acceso directo a las relaciones privadas lógicas “incomprensibles” del estilo de vida individual.

Con esto, el terapeuta no puede presentarse ni dirigista, ni impersonal, ni tampoco frío o indiferente. Él debe adaptarse, como ya lo hemos mencionado, de una manera empática al “pequeño niño en el paciente”, es decir de alguna forma identificarse con éste.

Por ello adquiere un significado central la identificación empática e intuitiva con el paciente. ADLER (1928, S. 224) escribió:

"¿Cómo uno lo explica? Es fácil, se tiene que producir en uno mismo, nos tenemos que poner en contacto con el otro. Se tiene que mirar a través de sus ojos, oír a través de sus oídos y sentir con el corazón del otro, nos tenemos que identificar con él."

Esta definición implica un acceso activo del terapeuta en la esfera de las vivencias afectivas del paciente. El psicoanalista argentino Heinrich RACKER habla en esta relación de una "identificación concordante".

En el camino hacia esta comprensiva identificación con el estilo de vida del paciente nace una "identificación reflejada" que es determinada por proyecciones mutuas. Mientras el terapeuta se adapta afectivamente a las necesidades inconscientes, a intenciones no reflejadas y objetivos del cliente como así igualmente a las estrategias de acción correspondientes, él puede comprender el sentido típico del estilo de vida (y respectivamente el significado) y luego también reflejarlo o transmitirlo. Esto se refiere también a la dinámica de los sucesos sintomáticos correspondientes.

5.2 ACTITUD POSITIVA RESPECTO DE LA ABSTINENCIA

Mientras más consiga el terapeuta presentársele al paciente como un "hombre totalmente normal", mejores son las chances de que él pueda convertirse para el paciente en una figura de identificación pragmática. Esta identificación no ocurre sobre la base de una *idealización* como la que el niño establece con sus personas de referencia. Desde su posición de debilidad y pequeñez ("inferioridad") éste niño quiere ser o convertirse "así" cómo la persona idealizada. Sin embargo es exactamente esto, lo que la psicoterapia adleriana quiere evitar. Ésta quiere generar un proceso mediante el cual el paciente siente y reconoce que tal cual como él es, es necesariamente aceptable – a pesar de todas las presuntas insuficiencias! Además el paciente debe también reconocer que él/ella posee – de una manera totalmente específica – ventajas y capacidades que las otras personas en sí no tienen, ni siquiera el terapeuta.

Una condición para este amplio proceso de aceptación es, desde la perspectiva del terapeuta, una actitud de *imparcialidad* (objetividad), que ADLER lo califica como un aspecto constitutivo del "compañerismo" (sentimiento de comunidad) y al cual Fritz KÜNKEL especialmente se ha referido: "El comportamiento imparcial con respecto a un hombre es humanidad".

Sólo si un terapeuta dispone de esta actitud será posible generar, en el sentido de una “benevolencia abstinerente”, una relación y conexión con su paciente. Esto significa, el terapeuta...

- “coloca sus expectativas a cero” (ADLER): El objetivo primario no reside el poner su atención en el *éxito de su* terapia, sino más bien el punto clave de preocupación es el bienestar de su paciente;
- no se “deje sacar de quicio” ante comprometedores o eventuales comentarios hostiles u ofensivos hechos por el paciente. El terapeuta debe rehusarse consecuentemente a tales modelos de relación que están normalmente relacionados al arreglo neurótico del paciente;
- no se puede tomar una posición racional superior de exposición o lección, es decir ofrecerse al paciente como un experto que “habla de todo” y pierde de esa forma dejar fuera una relación personalizada.

Conclusión: El terapeuta tiene que soportar la “regresión” del paciente a escalones de desarrollo primarios. Parte de lo mismo es por ejemplo, que no se debe dejar ni confundir o ponerse inseguro por las típicas sintomatologías agravadas durante el desarrollo de la terapia (a esto pertenecen también amenazas de suicidio, gritos de socorro, calificativos, llamadas por teléfono nocturnas etc.), sino que se debe relacionar y colocar a todo esto objetiva y consecuentemente con el estilo de vida individual del paciente.

5.3 EL LENGUAJE DEL TERAPEUTA

Sobre todo el terapeuta tiene que entrenarse en tomar distancia del lenguaje elevado y abstracto de experto. Esto no les es fácil a los jóvenes terapeutas que han aprendido durante su formación teórica a esquematizar inmediateces concretas de la vida de las personas y a “digitalizarlas”. Aquí se trata de aprender de la sabiduría de la Biblia, de místicos medievales (Maestro ECKHART 1998), de chamanes y médicos (CASTANEDA 1998) y del filósofo (KOPP 1972) lejano-oriental. También en escritos de ADLER existe una abundancia de indicaciones para el empleo de una lengua concreta y gráfica (metafórica) como ésta puede ser encontrada en parábolas, alegorías, proverbios, bromas, anécdotas y fábulas.

5.3.1 EL PREGUNTAR

La actividad verbal del terapeuta se debe limitar al *preguntar*. Yair HAZÁN escribe; “Adler gustaba de preguntar, se puede decir que su método era irónico como el de Sócrates (en griego eironeia es interrogación). Y la respuesta tenía que salir de cada estilo de vida, el mismo que había creado el síntoma o la desviación social.” (HAZÁN 2003)

La relación terapéutica puede ser promovida informalmente a través de las preguntas de estilo socrático, sin que el terapeuta decaiga en manipulaciones consejeras. Las preguntas cumplen básicamente también una función de diagnóstico, pero el terapeuta en ningún caso debe limitarse a preguntas meramente informativas. Él se debe preocupar en atender y preguntar al efecto de informarse de los efectos de la relación que está en formación y que está teniendo lugar en un “aquí y ahora” debido a la interacción (p. ej.: “¿Cómo se siente usted ahora en éste momento?”)

5.3.1.1 LA PREGUNTA SOBRE EL PASADO

En las fases tempranas de la terapia, el proceso de comprensión y entendimiento ocupan totalmente un primer plano. El terapeuta tiene que hacerse una “imagen” lo más amplia posible sobre el desarrollo biográfico del paciente. Solo de esa manera él puede comprender el estilo de vida del paciente. Por ello él debe establecer consecuentemente conexiones desde las situaciones en la terapia de un “aquí y ahora”, con acontecimientos y fases del pasado (“arqueológico”) de la biografía del paciente.

Esto de ningún modo debe ocurrir de una manera fija y esquematizada. Por el contrario se debe recurrir a tales situaciones escénicas en la vida del paciente en el marco del diálogo terapéutico de forma informal y espontáneo, dado que poseen un marcado significado en vista a la particularidad de sus formas de percepción primarios, líneas finales y estrategias de acción.

Esto significa, el terapeuta debe preguntar consecuentemente al paciente qué *imágenes* o *recuerdos* escénicos tiene como latentes y claros, cuando ellas tematizan sensaciones determinadas, estados de ánimo o motivos. Lo mismo es válido si es que el paciente hace referencia a hechos o relaciones abstractas de su historia.

Ejercicio: *Intente trasladarse lo más lejos posible en el tiempo de su infancia. ¿Cuales son sus recuerdos más tempranos que le quedaron latentes de forma gráfica y escénica? No es de relevancia si se trata con esto de situaciones “importantes” o en apariencia insignificantes. Es decisivo que los recuerdos se remonten en lo posible al pasado y que ellas contengan situaciones concretas y extraordinarias. (Informes que generalizan, como por ejemplo “ recuerdo que hemos ido cada domingo en la iglesia”, deben ser evitados). Si usted ha logrado determinar por lo menos cinco recuerdos tempranos, asígnele e intente diferenciarlos usted a éstos a través de atributos. Pregúntese: “¿Cómo soy yo, como son los otros, como es el mundo? ¿Cómo es la vida en éste recuerdo?” (Trate de poner énfasis en las sensaciones y no en lo racional). Después que usted ha efectuado esta disposición atributiva, pregúntese cuál fue su*

aspiración en esta relación y qué métodos o estrategias ha usted usado. El esquema siguiente le servirá para poder ilustrarse mejor.

<i>Autoimagen</i>	<i>Heteroimagen</i>	<i>Cosmoimagen</i>	<i>Sentimientos</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Métodos</i>
«Yo soy o estoy ... »	«Los otros son o están ... »	«El mundo es o está ... »	«La vida es o está ... »	«Quisiera ... »	«Por esto tengo que ... »
1. angustiado, solo, tensionado	malos	horrible	inquietante, amenazante	escapar ocultamente	retraerme
2. solo, en tensión	fastidiosos	extraño	llena de stress	profección y ayuda ajena	exponer mi necesidad
3. agresivo, irritable, impotente	indiferentes	vacío	llena de contrariedades	castigar a los otros	retirarme a mi rincón
4. tensionado irritable los demás	indiferentes	vacío	deprimente	atraer la atención de	ser terco
5. irritable, enojado	indiferentes	injusto	llena de contrariedades	evitar enfren- tamientos	retraerme

Pida también a amigos y a conocidos que le cuenten sus recuerdos más tempranos. Usted reconocerá que los rasgos esenciales del estilo de vida individual de un hombre pueden ser establecidos ya con la ayuda de este método de interpretación fácil. Conforme a ADLER las manifestaciones sobre los recuerdos tempranos revelan el estilo de vida en su origen y en sus más simples expresiones.

5.3.1.2 LA PREGUNTA SOBRE LA CONSTELACIÓN FAMILIAR

La averiguación de los efectos de la atmósfera familiar es muy significativa para el diagnóstico. Este hecho puede inducir a los pacientes fácilmente a ofrecer una cantidad de material de datos objetivos. Esto puede a primera vista impresionar, pero con vistas a las vivencias afectivas concretas sin embargo esto es más bien contraproducente. Por eso no se debe solamente preguntar como *eran* el padre, madre, hermanos determinados etc., sino que *sentimientos* el paciente experimenta si él recuerda a estas personas de referencia. Así deben ser descritos siempre *recuerdos concretos*. Ellos representan aquellas relaciones afectivas que a lo largo del desarrollo de la psicoterapia se recurrirá de forma temática cuando se trate de la reanimación de contenidos afectivos. Estas son

decisivas para la constitución del estilo de vida individual determinado. (cf. RUIZ et al., p. 98)

Ejemplo: Un paciente recuerda como su hermano mayor maliciosamente le rompió su regalo de Navidad, una locomotora mecánica. La furia que ello le produjo, que quedaba de manifiesto con lágrimas en los ojos, fue sin embargo poco comprendida y no tomada en serio por los padres. El padre explicaba, de que se puede reparar la locomotora, y los hermanos debían entenderse de nuevo.

A ello el terapeuta: “¿Cuál es la persona que actualmente no toma en serio sus sensaciones de la furia y decepción?”

Paciente: “Quizá mi esposa...”

Terapeuta: “¿Por qué?”

Paciente: “Ella ve siempre las cosas siempre de forma tan realista. Ella piensa que yo reacciono demasiado exagerado.”

Terapeuta: “¿Dónde, por ejemplo?”

Paciente: “Por ejemplo, en el trabajo. Soy allí quizás demasiado sensible. Pienso, los colegas intentan de dejarme afuera, de aislarme y minar mis éxitos...”

Terapeuta: “¿Por qué demasiado sensible? ¿No es que su hermano le rompió de hecho la locomotora?”

Paciente: “Pero eso fue hace mucho tiempo. Los colegas...” Terapeuta: “¿... y su hermano – no son perlas de una misma cadena?”

5.3.1.3 LA PREGUNTA SOBRE LA ATMÓSFERA FAMILIAR

La noción “atmósfera familiar” reúne todas aquellas vivencias emocionales a las cuales un niño se siente expuesto durante sus años en formación. Se trata aquí de relaciones cualitativas: humor predominante, respecto de formas del bienestar muy subjetivas, miedos existenciales, miedos, calor, sentimiento de protección, y además sentimientos de rechazo o aceptación etc.

Es difícil de abarcar todo esto en nociones. Esto puede acaso ser expresado de forma muy general a través de un *lema familiar* determinado. En el marco de la psicoterapia adleriana se trata de preguntar, que efectos se desarrollaron y produjeron:

- "¿Cómo era su madre ¿qué sensaciones dispara en usted el recordar sus días de infancia?"
- "¿Cómo era su padre?"
- "¿Cómo era la relación entre sus padres? ¿Cómo los trataban ellos a ustedes? ¿Cómo lo trataban en especial a usted?"

- "Intente reproducir los sentimientos, sensaciones predominantes y típicas de un día normal. ¿Cómo siente usted físicamente tal sensación? Concéntrese en la parte del cuerpo en la cual usted siente esta sensación y trate de pensar cuales otros recuerdos podrían también relacionarse de forma semejante con ésta sensación."

El conocimiento del pasado incitado por las preguntas terapéuticas respecto de las sensaciones de las vivencias marcantes de la niñez, hacen posible el determinar el sentido emocional de los síntomas en forma más directa. Exactamente en ésta relación se puede determinar de forma más clara, que la relación entre actualidad y pasado están relacionadas de forma inseparable.

Ejemplo:

Terapeuta: *"Usted comentaba que usted no se siente muy bien en su departamento. ¿Ha tenido usted antes una sensación parecida, me refiero como niño pequeño?"*

Paciente: *"Pues de eso hace ya mucho tiempo. De esos tiempos casi no me acuerdo nada."*

Terapeuta: *"¿Tampoco recuerda una sensación parecida?"*

Paciente: *"Cuando me sentaba solo en la mesa de cocinas y tenía que hacer mis deberes. Los otros jugaban afuera, pero... (entrecortado)... yo no podía y no debía."* Terapeuta: *"¿Quién le decía a usted lo que debía hacer?"* Paciente: *"Mis padres, mi madre. Ella siempre estaba retándome, cerraba de golpe a las puertas y ponía malas caras."* terapeuta: *"¿Cómo se sentía usted cuando eso ocurría?"* Paciente (con lágrimas): *"Impotente, y solo..."* Terapeuta: *"¿Quién le dice hoy a usted lo que debe hacer?"* Paciente: *"Nadie. Es que no tengo nadie. Nadie me dice nada"*.

Terapeuta: *"¿Tampoco la madre en usted? ¿Tampoco su propia conciencia?"* Paciente (calla)

Terapeuta: *"¿Puede usted sentirse en general bien y libre?"* Paciente: *"No. Allí hay un pensamiento, que me lo dice exactamente: No puedes disfrutar de la vida. Para mí es normal el sentirme mal. A los demás no les ocurre tal cosa."*

Terapeuta: *"¿No piensa usted que su madre tendría que estar contenta con usted?"*

La última pregunta contiene un tono provocativo dirigido hacia el modelo de comportamiento transmitido por la madre *Tu no puedes sentirte bien dado que no eres lo suficientemente bueno.* Mas tarde el paciente recuerda el siguiente acontecimiento: *"Yo llegué con un certificado con malas notas a casa. Mis padres estaban muy desilusionados. Ellos me criticaron y me retaron. Lo soporté compungido. Algunos días más tarde brillaba el sol y hacia calor. Las primeras flores de primavera florecían. Yo estaba en la terraza y me sentía bien, libre. Me estiraba deliciosamente y debo haber sonreído. Allí vi la*

expresión en la cara de mi padre: Cómo él me miraba, con odio y desprecio ... Me avergoncé de sobremanera”.

El nuevo piso, un sueño largamente aspirado por el paciente, no correspondía con el patrón del esquema de apercepción: ¡de que él no podía sentirse bien! Una casucha o aún mejor, una cama en el hospital psiquiátrico” habría sido más “adecuado” para él”.

5.3.1.4 INTERROGATORIO DE CONCIENCIA

Mientras las preguntas realizadas cumplen la función de dialogo para lograr una relación entre paciente y terapeuta, y además de tener objetivos de diagnóstico, las preguntas (de tipo socrática) sobre los contenidos de conciencia con pretensión de totalidad, representan una genuina técnica de intervención.

En el marco del interrogatorio sobre la conciencia se indagará siempre también sobre el estilo de educación paterno, que son un resultado de condiciones específicas de la personalidad e ideológicas. Esto significa de que padres interactúan con sus niños de una manera muy marcada porque ellos (a) *inconscientemente* transmiten tendencias de finalidad primarias y (b) *conscientemente* parten de ciertas condiciones ideológicas de como un niño tiene y debe funcionar en lo social.

Por lo tanto padres se le presentan en el plano afectivo al niño de una manera diferente, que en el cognitivo-racional. Un ejemplo:

Un padre forma parte de forma intensiva de una secta religiosa. Ésta espera de sus partidarios, entre otras cosas, que ellos eduquen a sus niños como personas devotas y conforme al lema: ¡” Quién ama a sus niños, él los azota!” Así éste padre se esfuerza a ser inexorablemente severo como educador, a pesar de que él no está completamente de acuerdo ni se siente bien interiormente haciendo esto. Él trata de ser un padre cariñoso, pero por otro lado también severo con sus niños.

El interrogatorio de conciencia está siempre relacionado con los valores, convencimientos morales, religiosos e ideológicos de los padres del paciente. ¿En que creían éstos, que trataban ellos de conseguir en su vida, cuales eran sus puntos de partida? ¿Cómo definían ellos las categorías de lo bueno y lo malo?

Con ello de forma bastante frecuente se dan oposiciones y contradicciones, dado que por ejemplo, la madre del paciente partía de otras posturas básicas morales que el padre. Por ello se debe establecer, cuál de los padres el paciente tomó como referencia en su infancia y se identificó. Pues de esta forma podrá

ser establecido entre otras cosas, los comportamientos sociales modelos (adiestramientos) mas tempranos.

Un paciente que sufre de una penosa manía y obsesión de lavarse, informa que su madre lo había forzado regularmente a hacer su necesidades antes de ir a la cama, es decir aún en el caso de que él no „debía“ o tenía la necesidad de hacerlo. Este comportamiento social era capturado en la discusión terapéutica:

Terapeuta: “¿Tiene usted una explicación de porque su madre quería eso?”

Paciente: “Ella decía era repugnante si yo iba con el intestino lleno a la cama.

Terapeuta: “¿Ha usted comprendido como niño a que se refería su madre con eso?”

Paciente: “No directamente. Sólo sabía que no debía tener excrementos en mi vientre.”

Terapeuta: “¿Era también su madre tan limpia en otras áreas?” Paciente: “Sí, y mucho: Tenía que lavarme continuamente mis manos, nunca podía hacer desorden, todo tenía que estar limpio.”

Terapeuta: “¿Tuvo en consideración su madre sus sentimientos, sus dolores?” Paciente: “Si lo tenía... (entrecortado) ... Ella decía que debía estar siempre limpio para que ella me quiera.”

Terapeuta: “¿Piensa usted todavía de que tiene que estar limpio, ordenado etc. Para que la gente le acepte?”

Paciente: “Yo no quiero saber nada de eso, para mi lo mejor sería ... “ Terapeuta: “...con mucho gusto a usted le gustaría evitar el ser así. Lo mejor sería estar sucio, es decir ser malo. Pero profundamente en su interior hay allí un pensamiento que lo frena de hacerlo. ¿Es así?”

El interrogatorio de conciencia no se limita naturalmente sólo a la averiguación de normas sociales adquiridas. Ella hace siempre referencia a los efectos de la socialización escolar y postescolar, a la influencia sobre el paciente debido a instancias ideológicas determinadas así como también a su “visión del mundo” personal escogida. Con esto, es válido el principio de que todas las cogniciones secundarias (formas de apercepción, finalidades, roles del estilo de vida social) que ocasionan conflictos *deben ser cuestionados*. Éste es ante todo el caso del paciente que ha “interiorizado” valores que no son compatibles o entran en colisión con sus (primarias) propias e individuales creencias e inclinaciones.

Un paciente rechaza por “causas evidentes mundiales” todo tipo de actividad que suponga una forma de violencia. Su conciencia se manifiesta no sólo contra agresiones en el marco social y estatal respectivamente, sino también en el área privada. Esto puede ser relacionado a las normas sociales que exigían un sumisión incondicional frente a las expectativas normativas de los padres, además también de los determinados mandamientos de carácter pacífico tanto religiosos como políticos que el paciente ha elegido voluntariamente en el curso

de su biografía. Sólo sobre eso último era el consciente, pero no sobre la sumisión incondicional dirigida.

Luego resultó la problemática siguiente: Desde aproximadamente tres meses el paciente es vejado por un colega más joven, es puesto en evidencia y ridículo delante de los trabajadores. A este “Mobbing” el paciente no opone ningún tipo de resistencia, a pesar de que él es alentado por otros colegas una y otra vez a ofrecer algún tipo de defensa. En la terapia el paciente se resiste fuertemente a todas las intervenciones correspondientes.

Terapeuta: “¿Por qué usted se deja denigrar de esa forma por sus colegas?”

Paciente: “Si él es tan agresivo, es su problema, no el mío.” Terapeuta: “¿Pero usted sufre de dolores de cabeza, insomnio y miedo por su vida?”

Paciente: “ Sí. Sin embargo no por ello me haré el carnero de disputa.”

Terapeuta: “¿ Tiene usted problemas?”

Paciente: “Si.”

Terapeuta: “Problemas con la agresividad en su forma amplia.” Paciente: “Con la agresión de los otros.” Terapeuta: “¿Y usted mismo tiene miedo?” Paciente: “No entiendo su pregunta.”

Terapeuta: “¿Cómo usted experimenta esta situación, éste momento, con respecto a mi persona?”

Paciente: “No sé. Creo, usted quiere provocarme.” Terapeuta: “¿Usted se enfada conmigo?” Paciente: “En realidad no.”

Terapeuta: “¿Y en la ‘no realidad’?”

Paciente: “No, usted no conseguirá que me ponga agresivo.” Terapeuta: “¿Se enfada usted conmigo?” Paciente: “¡Sí!”

Terapeuta: “¿Por qué entonces usted no evita de que yo lo enfade?” Paciente: “No sabría como habría de hacerlo.” Terapeuta: “¿Realmente no? De modo ficticio, si usted lograra saltar una vez sobre la sombra de su conciencia, ¿sabría entonces usted que hacer?” Paciente: “ Si no tuviera mi conciencia, no sería yo.” Terapeuta: “¿Por qué? Usted seguiría siendo el mismo. Pero luego quizá usted tendría menos dolores de cabeza, insomnio y miedo de vivir.” Paciente (cada vez más irritado): “Usted quiere manipularme. ¡Pero usted no lo va a lograr!” Terapeuta: “¿No cree usted realmente de que hace unos instantes no lo he logrado disgustar?” Paciente (riente): “Está bien. ¡Me doy por vencido!” Terapeuta (igualmente riente): “Pero moralmente es y queda **usted** como el vencedor ... “

5.3.1.5 PONER EN DUDA DE FORMA CONSECUENTE ADIESTRAMIENTOS DEMASIADO PERFECCIONISTAS DE LAS NORMAS SOCIALES

En pacientes depresivos son muy frecuentes los auto-reproches y auto-críticas. Estos provienen de una característica “mala conciencia” que puede ser originada particularmente en adiestramientos rígidos de las normas sociales. Así

de esta forma depresivos se “traicionan o dan a si mismos por la espalda”: ellos ven con una agudeza exagerada las faltas propias e imperfecciones, mientras que minimizan y restan importancia lo que es positivo en ellos, es decir no toman nota de ello.

Un comportamiento parecido, aunque no tan dañino, puede también ser constatado en otras formas de neurosis. Este comportamiento autoagresivo debe ser relativizado a través de la terapia, poniendo siempre en cuestionamiento los “cargos de conciencia” correspondientes. Algo muy acentuado *es la tendencia a la exageración*, a las fuertes generalizaciones (“siempre”, “completamente” etc.)

“Paciente: “*¡No tengo ni la menor idea de cómo seguir!*” Terapeuta: “*¿Por qué?*”

Paciente: “*¡En mi trabajo hago todo mal!*” Terapeuta: “*¿Todo?*”

Paciente: “*Sí, todo. Me extraña de que no me hayan ya despedido desde hace tiempo.*”

Terapeuta: “*¿Puede usted darme un ejemplo?*” Paciente: “*Un ejemplo... Sí, ayer debía escribir una carta para el extranjero. Me esforcé mucho. Sin embargo más tarde me di cuenta que tenía dos faltas graves.*” Terapeuta: “*¿Dos faltas, sólo dos faltas? Yo pensé que usted habría hecho todo mal, es decir cada palabra.*” Paciente: “*No, no debe usted tomarlo tan al pie de la letra.*” Terapeuta: “*¿Por qué no dice usted simplemente la verdad? Es decir: A veces hago esto o lo otro mal. ¿Pero por qué dice usted que hace **todo** equivocado?*”

Con éste ejemplo usted puede observar de cuán necesario es convencer al paciente y llevarlo del nivel generalizado de palabras abstractas a la situación concreta mediante imágenes escénicas. Dado que solo en el área del vivir real se dejan poner en tela de juicio las “verdades muertas” sobre dañinos adiestramientos, el desenmascararlos y sacar a luz lo absurdo de éstos.

5.3.1.6 LA COMPULSIÓN Y TENDENCIA A LA EXAGERACIÓN DEL PERFECCIONISTA

El paciente neurótico es en el fondo un perfeccionista que piensa tener que dominar *todo* y tener que ser correcto en *cada punto de vista*. Esta necesidad y tendencia a la exageración es la causa por la cual el paciente neurótico choca una y otra vez contra barreras, ya sea en la vida profesional, en la vida en comunidad o bien en su vida de pareja. El conocimiento banal de que cada hombre es capaz de hacer sólo aquello para lo cual él está motivado interiormente o bien para lo cual tiene talento, está desfigurado en el perfeccionista. Y dado que él se “prueba” una y otra vez a sí mismo de que es un “fracasado”, finalmente él persigue solo “sus bofetadas” (ADLER). Esto

lleva a un desánimo permanente que da como resultado final un comportamiento de eludir y evadirse hacia un lugar seguro de observación “al costado” y fuera de centro de los sucesos.

5.3.1.7 LA PUESTA EN TELA DE JUICIO DE LA COMPULSIÓN O NECESIDAD DE EXAGERACIÓN

Quién se encuentre en ésta posición de resignación desarrollará normalmente sensaciones de miedo ante la idea de volver de nuevo a la vida profesional, volver a estar rodeado de personas o buscar una pareja. Por ello el terapeuta debe incitar, pero con mucha precaución, a que el cliente haga sólo actividades que son actualmente factibles, y que no le produzcan ninguna fuerte sensación de miedo. Condición es de que el terapeuta se ponga en el lugar y de modo comprensivo en la situación de motivación primaria (“el principio pragmático”). Sin embargo algo que nunca el terapeuta debe hacer es, a causa de “sus” conocimientos de experto, aconsejar por sí sobre actividades demasiado importantes o cuestiones existenciales (por ejemplo: la acogida de profesión, cambio de profesión, término de una fase de enfermedad, enlace matrimonial, separación / divorcio. Cambio de lugar / mudanza etc.). Realizando pasos pequeños el paciente debe ejercitar de nuevo aquello para lo cual él está “habilitado en su interior”, es decir aquello que le depara en el fondo una cierta alegría porque esto corresponde a sus inclinaciones. En cambio, todo lo demás debe ponerse “en tela de juicio”, es decir ser relativizado. Esto se refiere especialmente a declaraciones como éstas:

- Yo no creo ser capaz de algo.
- *Todos* son mejores que yo.
- Yo hago continuamente todo mal.
- *Absolutamente nada* me produce alegría.
- No le caigo bien *a nadie*.
- Me siento *totalmente* perdido.

En el siguiente diálogo usted puede observar como la relativización y colocación en tela de juicio puede ser usado con fines terapéuticos en casos de obsesiones perfeccionistas:

Paciente: “*Dentro de tres meses se termina mi renta prematura. Lo aguardo con horror.*”

Terapeuta: “*¿Por qué?*”

Paciente: “*Porque tengo que buscar luego de nuevo un trabajo de oficina.*”

Terapeuta: “*¿Por qué usted debe?*”

Paciente: “*¡Porque esto es lo único que sé hacer!*” Terapeuta: “*De que es lo único que usted ha aprendido y sabe hacer es un hecho. Sin embargo ¿es eso lo que usted quiere?*” Paciente: “*¡No es que quiera, es que lo debo hacer!*”

Terapeuta: “*¿Realmente? Nosotros hemos constatado de que el muchacho*

pequeño que usted fue una vez, no quiere ser encerrado, que él no quiere tener nadie que decide sobre él, que él está muy a gusto solo.” Paciente: “Solo, solo. ¡Sin embargo con eso no puedo ganarme la vida!” Terapeuta: “¿Por qué no? A pesar de todo hay muchas profesiones que pueden ser ejercidas relativamente libre e independientemente.” Paciente: “¿Debo manejar acaso un taxi, con mi calificación?” Terapeuta: “Esa ha sido su idea. ¿Pero por qué no?” Paciente: “Seguramente la gente diría: fracasado...” Terapeuta: “¿Pero usted lo hace por y para la gente, o para sí mismo? Y, además: Quién dice que ésta actividad tiene que ser permanente. Yo podría imaginarme que usted va a encontrar su verdadero oficio” Paciente: “¿Con mis 31 años?”

Terapeuta: “¿Por qué no? Cuando el escritor alemán célebre Theodor Fontane escribió su primer libro, tenía él mas de cincuenta años.”

Tarea de ejercitación: *Pida a un interlocutor que le comente frases que respondan a la directriz “Uno debe”. Puede tratarse de imperativos de los cuales el interlocutor está personalmente convencido, o también pueden ser reglas de cortesía convencionales que se cumplen todos los días pero que también a menudo se las relativiza. (Ejemplos: “ Si uno entra en un cuarto, se tiene que esperar hasta que se le ofrezca asiento “ - “ Se tiene que soportar ser agredido por sus colegas” - “ En relaciones con personas se debe siempre ser amable y atento” etc.).*

*Intente de cuestionar consecuentemente estas “afirmaciones normativas”. Esto significa de que usted le pide a su compañero justificar el **por qué** “ se debe...”. Pregúntele qué tan convencido está él o ella **realmente** de estas afirmaciones. “Plantee a las respectivas respuestas un correspondiente “por que” de nuevo“, convirtiendo las respuestas en una nueva pregunta.*

6. LAS FASES DE LA PSICOTERAPIA ADLERIANA: RESUMEN Y VISTA

La primera fase de la psicoterapia adleriana corresponde principalmente a un proceso de comprensión en el cual se trata especialmente de descubrir el esquema de apercepción primario y secundario, así como las proyectadas finalidades, estrategias de acción y modelos de roles que se derivan de ésta. De esta manera participativa, el terapeuta trata de compenetrarse comprensivamente en ambos sistemas de orientación del estilo de vida, para reflexionar sus conocimientos “con” el paciente. Con esto se trata siempre también de “destapar o sacar a la luz” aquellas constelaciones de conflicto que se encuentran en disonancia entre el sistema de orientación primario y secundario (cf. 2. y 3). Es decir se trata de transmitir al paciente qué significado tiene éste conflicto con vistas a la finalidad de su estilo de vida, y cómo éste conflicto es armonizado a través de arreglo neurótico (cf. 4.3).

Con esto el terapeuta debe lograr que el paciente no se sienta ni descubierto ni atacado, sino más bien percibir una alentadora aceptación, dado que ésta es una condición del proceso terapéutico deseado, la propia aceptación.

Dado que siguiendo una comprensión individual psicológica, los síntomas neuróticos no son precisamente comprendidos o caracterizados como simple debilidad y sentimiento de inferioridad, todo lo contrario, se trata de un “incomprensible” intento de entender y asegurar la sensación de autoestima a pesar de la situación de conflicto dada. Visto de modo formal el síntoma neurótico posee por lo tanto *también* el significado de ser un recurso. Por eso el terapeuta debe intentar, ya en el marco de las primeras conversaciones, el cuestionar los auto-reproches pseudo racionales del paciente sistemáticamente (cf. 6.7.1).

La transición hacia la fase de terapia en sí es fluida. Si el terapeuta había intentado de forma más bien asistemática, y en cierto modo sin poner acento en ello, de debilitar las objeciones pseudo racionales del paciente contra sus propios síntomas, él lo hace ahora de forma sistemática y con mayor vigor e insistencia. A través de ello el terapeuta quiere ayudar al paciente a lograr un mayor espacio libre para posibilitar una nueva valoración emocional de los sucesos sintomáticos. Esto es a su vez, una condición importante del proceso que alienta la aceptación propia.

En ésta relación, el terapeuta puede empezar a establecer relaciones y conexiones entre el arreglo neurótico del paciente y las finalidades de su sistema de orientación primario. Así puede ser explicitado *el sentido de los síntomas*. Este sentido se deduce de un arreglo de cierto mínimo en autoestima y certeza existencial. Por esta razón ellos poseen el efecto de ser un recurso interior defensivo estabilizador (cf. 8.2). Pero desde el punto de vista racional del esquema de apercepción secundario, los síntomas se muestran - naturalmente - como deficitarios: ¡Esto le da lugar por lo general a la desalentadora autocrítica! Exactamente esta autocrítica debe ser un punto importante a trabajar mediante el diálogo socrático. Así el paciente puede comenzar a entender y aprender poco a poco el sentido de sus síntomas y arreglo neurótico.

Rudolf DREIKURS recurre en esto a una “técnica de autorreflexión” que confronta al paciente por una parte con sus fines e intenciones, alienta sin embargo al mismo tiempo también en éstos y fortalece la confianza en sí mismo. Esto requiere que el terapeuta esté convencido de la fortaleza del paciente y su capacidad de decisión (positiva).

Así se trata en el fondo de un proceso amplio de auto-liberación que lleva cada vez más a una afirmación sin reservas y una aceptación del “niño pequeño en el paciente”.

7. ESTIMULACION Y ALENTAMIENTO

Después de “hacer consciente” las condiciones apercepcionales, finales y comportamientos estratégicos del estilo de vida individual, el terapeuta trata de reconciliar de una manera cautelosa y convincente al paciente con el “niño pequeño en él”. Además el terapeuta tiene que intentar, haciendo uso de todo lo que esté a su alcance, de hacer vivible a este “niño pequeño” para el paciente: en todas sus capacidades, creatividad y vigorosa afectividad. Para que esto sea llevado a cabo, no es suficiente el camino clásico psicológico profundo de abordar los recuerdos dolorosos, malas o incluso traumáticas vivencias. Esta estimulación sería más bien el abatir al paciente en la desalentadora convicción de que ya desde siempre “todo ha sido horroroso”.

¡Justamente debido a las vivencias negativas de su infancia, es indispensable demostrarle al paciente una y otra vez que él o ella, con la ayuda de su propio sistema de orientación auto-creado, de forma independiente y “por si mismo” logró un medio y un camino para el aseguramiento y protección de su existencia – aunque éste pueda aparecer inadecuado de la perspectiva de esquema de apercepción secundario! Con ello se hace accesible al síntoma neurótico una nueva valoración positiva, dirigiendo la atención – como ya lo hemos mencionado – a los recursos positivos.

7.1 QUÉ SON RECURSOS?

Recursos son competencias y fuentes de la aseguración existencial y/o crecimiento personal. Sin su ayuda un hombre no podría tener control su vida.

Hay *recursos exteriores* que benefician o favorecen a las personas a causa de favorables condiciones previas. Por ejemplo se cuentan entre estas condiciones materiales positivas los medios financieros, una familia estable y que brinde sostén, o una red social firme (la integración en una comunidad que brinda asistencia, apoyo a través de los amigos, colegas, hermanos de culto o compatriotas).

Recursos interiores se refieren a todas las competencias, las fuerzas y las estrategias de éxito que un hombre de por sí trae, es decir por sí mismo desarrolla. Estos recursos interiores sirven a la aseguración de la existencia bajo dos condiciones diferentes:

La *primera condición* se deriva del afán de poder del hombre, cualidad con la cuál se nace, y que está relacionada con una agresividad en sentido positivo o constructivo que Erwin RINGEL describe como una fuerza básica expansiva de la vida, „sin la cual no serían posibles las acciones humanas, discusiones,

competencias, ansias de superación“. Si esta tendencia expansiva hacia “el lado socialmente útil de la vida“ (ADLER) se hace presente y se efectiviza, trae consigo firmeza de ánimo, fuerza vital, conciencia de la valía propia, capacidad de imposición, compañerismo (sentimiento de comunidad) y optimismo.

La *segunda condición* está dada cuando una persona a causa de sentimientos de inferioridad demasiado acentuadas (resultado del miedo a vivir y la depresión) ha desarrollado estrategias pasivas y defensivas para la aseguración de su propia existencia. Esta tendencia de protección propia (tendencia al aseguramiento) va acompañado de una evasión frente a los objetivos de la vida (tareas de la vida) y lo lleva al hombre respectivo a un “lado socialmente inútil de la vida“(ADLER). El sentimiento aquí decisivo es la *sensación vergonzosa de inferioridad* que cumple dos funciones: por un lado indica el fuerte miedo a la vida, falta de incentivo e inseguridad del paciente. Por otro lado ella motiva al paciente a tomar distancia del “escenario bélico principal y peligroso de la vida“. El pudor, que tiene un significado central en relación al arreglo neurótico (cf. 4.3), sirve de esta forma a la protección de la autoestima, como especialmente Max SCHELER ha hecho claro. Y en exactamente esta relación, la vergüenza asume el significado de un recurso interior defensivo (En la terapia moderna de trauma se habla en esta relación también de los modelos de superación que nacen de la necesidad, con el fin de debilitar cargas emocionales. Sin embargo estos modelos no posibilitan ningunas soluciones constructivas, sino mas bien “soluciones aparentes”).

7.1.1 RECURSOS EXPANSIVOS Y DEFENSIVOS

En el marco del arreglo neurótico la sensación de vergonzosa inferioridad se manifiesta en forma de diversos y complejos síntomas. Estas requieren de mucha energía, la cual de ésta forma ya no está mas a disposición de la persona respectiva para realizar actividades constructivas y socialmente útiles.

El hombre síquicamente sano dispone de muchos recursos interiores expansivos que son una condición indispensable de firmeza. Pero en pacientes típicos en la psicoterapia, los recursos defensivos están en un primer plano. Ellos son una expresión de vergonzosas sensaciones de inferioridad e indican aquel desaliento típico de los pacientes neuróticos. Los recursos expansivos están mezclados y reprimidos. Por eso en la psicoterapia estos recursos latentes deben ser *destapados y hacerlos disponibles*. Esto se logra enfocándose y concentrándose metódica y consecuente en las aptitudes expansivas y los fuertes del paciente. Si esto se ha logrado, el paciente lo mostrará a través de sutiles mensajes corporales como por ejemplo: una mímica más alegre, una postura más relajada y una respiración más tranquila. Este principio es válido siempre: ¡Todo lo que hace que los pacientes sean más fuertes y aptos, es bueno!

En cambio, todas las intervenciones que desanimen al paciente, que debiliten su positiva auto-imagen, deben ser miradas como contraproductivas: Esto se refiere también a un enfoque demasiado fuerte en sus sensaciones vergonzosas de inferioridad, o bien a las situaciones (traumáticas) provocadoras de éstas. Recursos interior de superación o expansivos están relacionados con sensaciones positivas como: alegría, felicidad, ánimo, capacidad de entusiasmo, amor, interés social (interés social) fuerza vital, pasión por la vida, humor, calma, motivación de trabajo, ganas de vivir, ánimo de competencia y orgullo. Con la ayuda de estos recursos pueden ser satisfechas las necesidades de relacionarse, cercanía, pertenencia social y aceptación.

Pero también el estado de ánimo corporal puede ser influido positivamente, dado que la activación de estos recursos contribuye a la relajación, reducción del estrés y disparador de sensaciones agradables. Finalmente, estos recursos contribuyen a compensar vivencias negativas y traumáticas o bien a neutralizarlos.

7.2 TRABAJO ORIENTADO A RECURSOS EN EL ARREGLO NEURÓTICO

Vivencias negativas y especialmente penosos síntomas son el motivo para comenzar una psicoterapia y de manera tradicional también su objeto.

Pero sin embargo existe siempre el peligro, al trabajar sobre las vivencias negativas y déficits personales, de producir continuamente una re-traumatización: Esto ha sido demostrado en modernas investigaciones sobre el trauma, que se basa en resultados fisiológicos de cerebro (cf. ROTHSCILD 2000).

La psicología profunda clásica trata de incitar una “regresión” a aquellos puntos de “fijación” en los cuales se produjeron las vivencias deficitarias en tiempos más tempranos de la biografía del paciente. El camino hacia allí es por lo general doloroso. Éste está señalado a menudo por lágrimas, revivir pasivo, sensaciones de debilidad y desmayos. ADLER mostraba frente a eso un camino que estimula a un cambio de perspectivas, que deja poner en evidencia lo “positivo en lo malo”.

Con esto el terapeuta debe avanzar orientado por los recursos, él debe establecer las capacidades, las competencias, los puntos fuertes y los éxitos del paciente y consecuentemente hacer referencia a ellos. De esta forma estos recursos son confirmados y afirmados en sus efectos. Ésta es la condición para un alentamiento terapéutico que ADLER y sobre todo DREIKURS consideraban como el mejor camino para una influencia terapéutica saludable.

El teleoanálisis, como psicoterapia orientada a recursos, trata de estimular consecuentemente al paciente a establecer una relación entre sus fuentes de fortaleza internas y las sensaciones positivas que resultan de ésta. Sólo bajo esta condición se puede desarrollar un mayor optimismo de vivir. Un objetivo importante de esta forma de terapia es que el paciente adquiera la capacidad de establecer una estabilidad emocional aún en situaciones de estrés emocional, activando sus recursos.

Pacientes están generalmente demasiado orientados en sus déficits, esto significa que ellos se concentran más bien en lo que no está en orden, o bien lo que le sale mal en su vida. Aquí ayuda a menudo el hacer la simple pregunta: „Que debería quedarse así como está en su vida?“ De esa forma la atención es dirigida automáticamente hacia aspectos positivos, cualidades, fuerzas, éxitos, así como recursos propios.

¡Es simple pero muy eficaz, la tarea terapéutica de registrar por lo menos cinco circunstancias que sean positivas cada día, aunque que puedan aparecer como insignificantes o triviales a primera vista! Estas pueden ser anotadas en un cuaderno de notas bajo el título "Esto he logrado". El reconocer progresos, aunque ellos sean objetivamente pequeños, son parte de una efectiva animación individual psicológica. A través de ello el paciente puede liberarse poco a poco de la concatenación desalentadora de sensaciones de inferioridad y aspiración de poder compensatorias.

7.2.1 IDENTIFICACIÓN CONCORDANTE

La condición para esto es que el terapeuta haya logrado, en la fase diagnóstica de la terapia, compenetrarse y puesto en el lugar del “niño pequeño en el paciente”, viendo a través de sus ojos, escuchando a través de sus oídos y sintiendo a través de su corazón, como ADLER lo ha formulado.

Una y otra vez el terapeuta debe expresar su reconocimiento, de cuán creativa fue la manera cómo el cliente se orientó con sus propios métodos y estrategias en un mundo hostil y adverso (aquí hay que tomar referencia el esquema de apercepción primario del paciente). Esto está ilustrado a través de un ejemplo:

Terapeuta: *“Usted sufre de su compulsión a lavarse, porque usted aún no ha comprendido que a través de ello es usted fuerte y de esa forma puede defender la dignidad humana. Usted va por ello con la sensatez y razón de un mayor. Yo intento verlo a través de los ojos del niño en usted y lo encuentro a decir verdad muy efectivo!”*

Paciente: *“¡Usted me esta tomando el pelo!”* Terapeuta: *“¿Gracioso? ¡De ningún modo! Mire si yo me encuentro delante de una tarea desagradable, pues por lo general junto el coraje y me obligo a hacerlo, a pesar de mi falta*

de ganas. Pues probablemente lo hago porque no soy capaz de oponer resistencia a las obligaciones cotidianas. A eso se lo denomina el principio de normalidad. Sin embargo usted hace algo en contra de ello, opone resistencia. Usted se coloca debajo de la ducha y todo el mundo alrededor de usted es impotente. Quizá consiga yo también alguna vez desarrollar el ánimo que usted posee y de esa forma usar su método.

Me lo imagino así: Debo ir a alguna cita tonta, pero no tengo ningunas ganas y me voy bajo la ducha. Y pienso: no me importa nada lo que pensáis ... Y entonces suena el teléfono y alguien pregunta por mí. Yo grito todavía debajo de la ducha, así de esa forma es escuchado por mi mujer y la persona al teléfono: No me interesa para nada y se pueden ir al carajo ¡ahora estoy bajo la ducha!”

Paciente (riéndose): *“Pero eso no es lo que quiero, ¿es que a pesar de todo yo quiero cumplir con las normativas!”*

Terapeuta (sin turbarse): *“¿Usted o su conciencia? En realidad muchos de estos deberes no son aceptables. Sin embargo muchos hombres se dejan forzar y obligar. En cambio, usted hace algo en contra de ello.”*

Paciente (mostrando satisfacción): *“Y que se supone debo hacer ¿ducharme durante toda mi vida?”*

Terapeuta (amable, pero seguro): *“Ducharse y hacer otras cosas que signifiquen valentía y que además le resguarde de cosas desagradables. Quizá se nos ocurren todavía otras opciones de como usted podría imponerse todavía mejor.”*

8. CONEXIONES TEMATICAS

Según ADLER la personalidad de una persona se representa a través del estilo de vida que ella sigue. Cada detalle de la personalidad de un hombre, también corporalmente, puede ser entendido como una “impresión” de su estilo de vida.

Recordemos: El estilo de vida se compone de dos sistemas de referencias que forma el uno con el otro una síntesis. En el caso de la neurosis, esta síntesis no ha funcionado, dado que ambos sistemas de referencia del estilo de vida están en relación de conflicto.

En esta relación puede ser remitida la teoría del holograma de MILLER, GALENTER y PRIBRAM que acerca los resultados de la holografía con la intención de servir de explicación de una manera funcional el cerebro.

Holografía es un procedimiento en el cual con la ayuda de rayos láser pueden ser generadas imágenes tridimensionales. Una de sus cualidades especiales consiste en que una placa de holograma, que es descompuesta en componentes, puede crear sin embargo la imagen completa, dado que cada parte única contiene informaciones enteras. Con la teoría de holograma, por ejemplo, puede

ser ilustrado en el área de la neurofisiología el hecho de por qué un hombre que ha perdido una parte del cerebro debido a un accidente, no pierde necesariamente una parte específica de su memoria.

Relacionando con el teleoanálisis, la teoría de holograma *significa que cada frase expresada de una persona puede ser remitida temáticamente a la unidad del estilo de vida individual*. Tales expresiones individuales pueden ser comparadas con los sonidos de una sinfonía que en un punto determinado o tema varía, pero sin embargo la “naturaleza” de este tema se expresa en todo momento.

Por eso se puede partir de que los mensajes no reflexivos, no verbales y mensajes gráficos del paciente, deben ser entendidas como expresiones individuales holográficas que expresan de una forma genuina, la naturaleza del estilo de vida individual. A esto pertenecen recuerdos, imaginaciones, sueños, lapsus, propiedades particulares del “lenguaje corporal” y naturalmente también actitudes erróneas y anomalías en el sentido de la sintomatología.

8.1. TEMAS PRIMARIOS

Punto de partida o premisa básica de general aceptación de todas las escuelas psicológicas profundas es, que los modelos de comportamiento neuróticos tienen su origen en la infancia del paciente, y que se fortalecen por repetición en las etapas más tardías de la vida. En todas las situaciones de vida, así también en el marco de la interacción terapéutica, estos modelos encuentran su expresión característica. Ellos corresponden a una estructura afectiva para la cual “temas primarios determinados” son típicos.

Estos temas son variados permanentemente durante la vida: como en un largometraje. El terapeuta tiene que reconocer estos temas como si fuera un espectador de un film, tenerlos presente todo el tiempo y finalmente, tematizarlos. Hay tres señales de disposición importantes de los temas primarios:

- 1) *La repetición continuada* de estrategias determinadas de interacción en situaciones diferentes de vida;
- 2) *La constancia*: los temas primarios son como el pulso, que es comprobable de la misma forma en arterias diferentes. Si él no puede ser establecido en un lugar determinado, puede ser reconocido en otra parte;
- 3) Se extienden sobre toda la biografía del paciente: Ellos pueden ser observados en fases tempranas de la biografía de un hombre, como también en la relación temporal actual o en la inmediatez de la discusión psicoterapéutica. Por ello los temas primarios presentan una relación referenciada que conectan o ligan un Aquí y Ahora de la situación terapéutica con las fases pasadas de la biografía.

Esta relación puede compararse con una obra sinfónica, dado que aunque la melodía a menudo varía, el tema siendo el mismo. El terapeuta tiene que tener presente siempre esta idea central. Él lo encontrará en todas las observaciones de la vida del paciente, sus comunicaciones no verbales, ideas producto de su imaginación, sueños y síntomas. Sobre el tema central pueden ser deducidas o determinadas las finalidades específicas del estilo de vida.

8.2 LA TECNICA DE LA TEMATIZACIÓN

Tematizar significa develar relaciones, es decir relaciones de sentido no entendidas, el hacerlas accesibles al consciente o entendimiento reflexivo. Lo decisivo es un proceso modelo que sea abarcativo de toda la biografía y que se enfoque sobre tales contenidos que son decisivos para el esquema de apercepción individual del paciente. Tales contenidos contienen y abarcan aspectos cognitivos y emocionales de las ideas y concepciones subjetivas (recuerdos y fantasías que se refieren a objetos concretos, estado de cosas, personas o situaciones). Estas imágenes son definidas a su vez a través de muchas características cualitativas (cualidades, atributos, características).

Si tomamos como ejemplo una mesa: Ésta puede estar definida entre otras cosas, por las cualidades de dura, cuadrangular, rígida, marrón, estable, de buen gusto, cara, poco manejable etc. O sea “llevar” estas calificaciones. Cada cualidad particular es “llevada” paralelamente con todavía otra multitud ilimitada de calificaciones o cualidades, que animados o inanimados, reales o que puede estar solamente en la propia imaginación del paciente. “Duro” no solamente tiene que ser una cualidad de un material: también puede ser un rasgo atribuido a un período de la vida determinado. Alguien puede ser golpeado por el destino “duramente”, un huevo puede estar cocinado “duramente” y el golpe de un jugador de tenis puede estar dado “duramente”. La calidad “dureza” representa una relación que remite a muchísimos hechos objetivos o sea están relacionados temáticamente.

Las líneas de referencia del estilo de vida generan también tales relaciones temáticas referenciales: ellos expresan un cualitativo y específico **Que**, acaso la “no fiabilidad” de los prójimos, el “calor” de la vida o la “debilidad” de la propia persona. Exactamente éste **Que** debe ser establecido en el marco de una terapia teleoanalítica.

Todas las observaciones del paciente pueden abrir el acceso a una relación temática determinada que es decisivo para el estilo de vida de este paciente. Así cuando el paciente expresa de que se siente *mal o indispuesto* en su trabajo, ello debe entonces inducir al terapeuta a indagar dónde él se siente de la misma forma o bien en donde él ya antes se ha sentido de forma similar. Entonces

puede él pedir al paciente determinar tales situaciones cualitativamente. Es decir: “¿Que caracterizaba en esa clase de la escuela en la cual usted se sentía tan indispuesto? Que caracterizó la situación de conversación con la mujer de su jefe? Y así sucesivamente”.

Finalmente, se debe establecer una relación entre la situación actual o inmediatez del aquí y ahora, y la situación terapéutica: “¿Que es lo que usted siente aquí y ahora, cuando se siente abordado por una situación de miedo (y respectivamente indispuesto, irritado, triste etc.)?”

Tematizar significa siempre *interpretar*, pero sin embargo el terapeuta no puede nunca traer sus propias ocurrencias o sus propias relaciones de referencias en juego. Además el terapeuta debe establecer la estructura: cada vez que el paciente intente de cambiar o evadir el tema principal, debe el terapeuta volver a éste amable, lleno de humor pero consecuentemente!

8.3 TEMATIZACIÓN EN LA PRIMERA CHARLA

Las *primeras charlas* del paciente se relacionan en general a sus quejas, su sintomatología (incitada por la pregunta “¿*Qué le trae aquí?*”). Mediante un caso de ejemplo se señala como ya el motivo de tratamiento dado por los pacientes puede ser usado en una primera conversación para recibir indicaciones sobre el tema central.

A continuación un relato de un joven un joven hombre que se quejaba de estados de miedo parecidos al pánico durante su primera entrevista, que iban acompañado de dolores de estómago y vesícula. Ante la pregunta sobre cuándo se habrían presentado estas quejas por primera vez, él dio la respuesta siguiente: “*Después de haber entrado en el ejército, me asignaron a los cazadores de montaña. Fue horroroso. Vivíamos muy arriba en barracas, como encerrados, y rodeados sólo de nieve.*”

El joven estuvo estacionado allí un total de sólo 14 días. Se le dio de baja después haber sufrido de dolores de estómago intensos, escupiendo bilis y además de atragantarse permanentemente. El examen médico reveló su inaptitud para el servicio militar. Después de haber sido dado de baja, sus agudos problemas disminuyeron bruscamente.

En el sentido de su estilo de vida individual inconsciente el paciente empleó sus síntomas “con una finalidad determinada”, y de esa forma evitar una situación de vida que le provocaba mucha inseguridad. Ya hemos discutido esta estrategia inconsciente en relación al arreglo neurótico (cf. 3.3).

Ahora que los mismos síntomas se hacían presentes, que en el sentido del arreglo neurótico ya habían sido comprobado como “eficaces”, debe asumirse de que el paciente se vio confrontado nuevamente de forma inconsciente con una situación de vida que le produjo mucha inseguridad.

El terapeuta intenta capturar el “hilo conductor” de la relación referencial, en el cual éste pide al paciente que intente de recordar un suceso que le haya producido una sensación parecida a la que tuvo durante el servicio militar. El paciente describió la siguiente imagen escénica: *“Como niño me mandaron de vacaciones a una isla del Mar del Norte. Me veo parado cerca del agua, rodeado por mar en todos lados. Me siento extremadamente indispuesto.”*

Ahora poseemos ya dos comunicaciones holográficas del paciente que remiten al mismo tema que es decisivo para su estilo de vida individual: Estos son *encerrados* o sea el *estar cautivo*. Esto da el motivo para un primer intento de interpretación. Teniendo en cuenta la sintomatología actual, ésta tiene que estar relacionada al tema de *estar cautivo*. Por eso se interroga nuevamente al paciente sobre cual es la actual referencia sobre estar encerrado o cautivo.

Su respuesta espontánea es: *“Mi fiesta de compromiso, que ha sido dos semanas antes”*.

Ahora el hilo conductor de la tematización es seguido aún más lejos: *“¿Qué o quién lo ha tenido prisionero? ¿Qué es lo que lo tiene a usted atrapado?”*

La respuesta: *“Mi prometida, pero también los padres me han empujado al matrimonio. No tengo nada contra ello. Al contrario, yo también lo quiero, pero..”*

Este “**Sí, pero ...**” es una fórmula típica del arreglo neurótico según ADLER. La razón empuja al paciente demasiado concienzudo, al cumplimiento de sus deberes sociales, sus tareas de la vida. Pero el “niño pequeño en él” tiene miedo de una situación que lo oprime, y que no tiene salida.

Así los síntomas correspondientes están en éste sentido, al servicio de la finalidad primaria, dado que sirven al paciente de auto-liberación, independientemente del miedo específico que el paciente siente. Por lo tanto la suposición parece ser correcta, de que en muchos ámbitos de la vida el paciente recurrirá (inconscientemente!) al arreglo neurótico típico para él, al actualizarse los temores correspondientes.

Así el cliente sufría también en el puesto de trabajo de quejas gastrointestinales cuando él se sentía “presionado o agobiado” por jefes o colegas poco reservados. En la vida privada “esto le pegaba al estómago” cuando determinados conocidos tenían determinadas expectativas sobre él etc.

8.4 TEMATIZACIÓN DE COMPORTAMIENTOS NO VERBALES

De forma análoga se puede tematizar el comportamiento no verbal de un paciente.

Ejemplo: *Un paciente, que viene por primera vez al consultorio, llega con una hora de adelanto a ésta. Mirando por la ventana observo que él camina de arriba hacia abajo la calle. Él no aparcó su coche delante del consultorio, a pesar de haber allí un espacio libre a la sombra. Por el contrario él aparca en el lado de enfrente, a todo el sol. Luego de entrar al consultorio, se queda de pie y espera con paciencia la invitación del terapeuta a sentarse.*

También este comportamiento debe ser entendido como una comunicación holográfica referente que remite a un tema que es típico para el estilo de vida de éste paciente. Con ello puede ser determinado ya en parte el “hilo conductor”. En el marco de la relación terapéutica que se está iniciando/desarrollando exactamente ahora, el paciente evidentemente no quiere llamar la atención de forma desagradable, ni tampoco quiere disgustar al terapeuta de alguna forma.

Por ello la pregunta: “¿Qué es característico en un terapeuta?” La respuesta llega vacilante, luego de una larga reflexión: “Usted es una persona que despierta respeto.” - “¿Y qué es lo que caracteriza a una persona de respeto?” El paciente responde a ello, estos son hombres poderosos y amenazantes, capaz de imponer sanciones negativas (críticas, sanciones).

También en este caso puede ser establecido el hilo conductor con referencia a padres severos, luego respecto a instructores, jefes y finalmente a la esposa. Visto objetivamente, se trata de una mujer que es más bien bondadosa y más bien callada. Pero desde la perspectiva del esquema de apercepción primario del paciente, ella “lleva” exactamente aquellos rasgos y señales que son para el hombre típicas (en el sentido de la relación temática determinante), como por ejemplo la de ser amenazante, prepotente etc. De acuerdo a la finalidad de su esquema de apercepción primario el paciente tenía debía hacer todo para apaciguar a estas personas o bien evitarlas.

8.5 TEMATIZACIÓN EN CHARLA TERAPÉUTICA

Después de una interrupción de su terapia motivada por vacaciones comentaba una paciente de 28 años: “He estado todo el día temblorosa y preocupada.”

Terapeuta: “¿Conoce usted la causa?”

Paciente: “Quizá porque debía venir a la terapia.” Terapeuta: “¿Y, qué es lo que le produce miedo?” Paciente (después de un largo momento de reflexión): “... de que usted podría criticarme.” Terapeuta: “¿Por qué yo debería

criticarle?” Luego de tal dialogo, la paciente hizo un largo silencio. Finalmente, el terapeuta le pidió: *“Recuerde algún suceso de su pasado que de algún modo está presente en sus recuerdos. Cualquier cosa. Pero ésta debe encajar con su humor actual.”* Paciente (luego de una corta reflexión): *“Debía ayudar a fregar en casa, a pesar de no tener en absoluto ganas de hacerlo. Yo en lugar de ello me puse a leer. Mi madre me regañó por haberme escapado de mis deberes.”* Terapeuta: *“¿Cuál fue la sensación central en esta escena?”* Paciente: *“Tenía miedo al rechazo por no haber hecho algo determinado.”*

La escena representa una comunicación holográfica que remite al tema *miedo al rechazo*. En el desarrollo de conversación pudo establecerse de que la paciente tenía siempre miedo al rechazo cuando ella no hacía lo que otros (padres, amigos, colegas, el terapeuta etc.) esperaban de ella.

Entonces se trató de definir de forma más precisa el tema del *miedo al rechazo*. Por eso se le asignó un contenido actual a la conexión referencial o “hilo conductor”:

Terapeuta: *“¿Hay algo que usted actualmente no ha hecho?”* Paciente (espontáneamente): *“No he logrado todavía decidirme si me quedo aquí y persigo mis ambiciones profesionales, o vuelvo a mis padres y mi novio.”*

De hecho la paciente se había propuesto durante sus vacaciones, que ella había pasado en parte en el lugar donde nació, el tomar una decisión definitiva sobre el seguir sus ambiciones profesionales “en el extranjero” o bien quedarse en casa con su pareja y sus padres. Ella no lograba decidirse. Por una parte era para ella muy importante el realizarse profesionalmente y terminar su aprendizaje, por otra parte ella no quería perder a su pareja.

Ella no había logrado tomar la decisión, que había sido tema en las conversaciones terapéuticas antes de sus vacaciones. Ahora ella se sentía de una forma obligada ante el terapeuta de una manera parecida como con respecto a su pareja y sus padres. El decidirse “mal” podía sólo significar, en el sentido de su lógica privada, el ser rechazada. Por eso ella se había decidido a “no decidirse”.

Indicación para el lector: *Quizá fue posible para usted el seguir el principio de la tematización mediante los ejemplos de casos representados: Se trata siempre de incitar el cambio desde cuestiones específicas a cuestiones temáticas generales – para volver luego de nuevo a cuestiones específicas y concretar de esa forma el importante tema dentro de las relaciones referenciales del estilo de vida. Con esto es indispensable la pregunta sobre la correspondiente cualitativa determinación de las imágenes holográficas: “¿Qué es característico en ello?”; “¿qué características, cualidades, rasgos etc. ,” posee ‘ ésta imagen?’; “¿qué estado de ánimo estaba ligado con ella?”. Exactamente éstas señales cualitativas posibilitan luego la tematización*

referencial a otras cuestiones específicas (“¿Quién o que genera además ... el mismo estado de ánimo? “; “¿dónde se ha sentido usted de la misma manera?” etc.)

9. INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS

El principio de tematización sirve en particular para la elaboración terapéutica de *visiones* (a los que pertenecen sueños estando despierto, ideas producto de la imaginación y alucinaciones). Aquí se trata de material primario genuino, y de manifestaciones sobre el estilo de vida individual. En las visiones se manifiestan particularidades de la lógica privada del esquema de apercepción primario, sus líneas de movimiento finales y estratégicas. Por ello, la interpretación de los sueños es un componente central en el análisis del estilo de vida adleriano.

Al contrario del psicoanálisis clásico que parte de símbolos fijos y válidos de forma general (bajo circunstancias también “arquetipos”) de los sueños, el teleoanálisis trata de interpretar e indicar el contenido de los sueños dado exclusivamente de la perspectiva subjetiva y típica para el estilo de vida del cliente.

El método de la libre asociación introducido por FREUD es compatible sin más con los criterios, que son determinados por la psicoterapia subjetivista y holística (cf. TITZE 1982, S. 264–267).

Dado que aquí se establece en principio solamente una cadena entre visiones únicas o bien „elementos“, no es tenida sin embargo en cuenta expresamente la relación de referencia temática. La pregunta asociativa “*¿Que se le ocurre a usted con ello?* “ por consecuencia tiene que diferenciarse. Se trata de preguntar tematizando: “*¿Que aparecen como **distintivo** y **característico** en la situación del sueño, en objetos determinados, personas, estados de cosas y estados de ánimo? ¿Cuáles **características** y **adjetivos** se le ocurren además?*”

Las características cualitativas determinantes que el paciente nombre, corresponden a los criterios privados lógicos de su esquema de apercepción primario. Al indicar el paciente estas características, él entabla relaciones referenciales temáticas, que son seguidas por las consecuentes preguntas del terapeuta: “*¿Y quién o qué es igualmente... ?*”

Es aconsejable trabajar con “papel y lápiz” en la interpretación de un sueño tematizado, para asegurarse de que el “hilo conductor” de las relaciones referenciales permanezcan transparentes. Pero usted debería tener en cuenta de que las tematizaciones del paciente llevan de todas maneras a objetivaciones concretas. Además por cada característica señalada, deben ser también nombradas las características opuestas (antitéticas).

A continuación son expuestas las relaciones de referencia tematizadas de un sueño que proceden de una clienta depresiva: “*Mi madre me dijo que debía sacar las piedras del jardín. Todo estaba terriblemente lleno de fango. Yo tenía la sensación de tener que vomitar. Sin embargo a toda costa quería sacar las piedras.*”

Las *sensaciones básicas* determinantes que la clienta describió en este sueño fueron *desagradable* y *asquerosa*. Además expresó de forma general que : ¡Así es como en realidad experimento a toda mi vida!”

Las *piedras*, que ella debía en el sueño debía transportar las caracterizó como *muy pesadas*. Con ésta cualidad ella trae su *adicción a la perfección*, su afán en relación, de tener que “hacer todo de forma correcta“.

El jardín, en el cual ella se encontraba ella junto con de su madre, lo describía como lindo, útil y colorido. *Lindo* es, “ser libre interior”, “ver la vida positivamente”, *feo* (como el contrario lindo) son, en cambio, sus “continuos remordimientos”. Es *útil* “tener la vida bajo control”, *inútiles* son de nuevo los *remordimientos propios*. *Colorida* es “una vida en libertad”, gris el “aburrimiento de no estar en libertad”.

Este sueño no evidencia todavía algo concreto. Él está más bien sincronizado con una sensación de vida desoladora diaria, que la clienta vive como totalmente negativa. Como causa en el marco del trabajo de tematización ella nombra: su “adicción a la perfección”, su “inclinación hacia *sentimientos de culpa*”.

Luego de un tiempo la paciente relató este sueño: “*Con mi madre estábamos camino a las playas de Jesolo (Italia). Al principio era como en un hotel, luego como en un barco. Al principio estábamos solas, luego vinieron dos hombres y una mujer. Ellos nos asaltaron y amenazaron con pistolas.*”

Aquí la paciente describía su sensación básica como *desamparo*, estar *amenazada* y *sin salida*. Después de una larga vacilación recordaba que ella se había sentido así, después que su esposo había notado que ella se interesaba por un otro hombre (“mi gran amor”). ¡Desde aquella época ella vive, sus sentimientos como peligrosos (un estado de ánimo parecido como el que tuvo ella al producirse el ataque en el sueño!).

La *playa de Jesolo*, como ella la vivió en el sueño, era calificada por la clienta como *hermosa, alegre, sociable y confortable*: *Esto es, sería hermoso*, “si no me hiciera tantos reproches a mi misma”, más allá (después de alguna vacilación).” *Lindo* es: “*mi gran amor*”.

Feo es, “cuando mi esposo está enojado conmigo”.

Alegre es, “si puedo reírme en la terapia de ‘cosas malas’ sin tener remordimientos”.

Algo *con poca gracia* es, “cuando mi esposo quiere explicar algo detalladamente: así fue siempre también tu madre.”

Sociable es, “cuando estoy junto con mis camaradas de esquí, y cuando estoy en la terapia.”

Insociable es “mi esposo”, y “entretanto yo misma”.

Las relaciones referenciales temáticas que fueron apareciendo en este sueño posibilitan seguir con una interpretación aclaratoria de la situación de vida actual. La paciente se siente infeliz en su matrimonio, porque ella no puede corresponderle a su esposo con aquellos sentimientos que para ella corresponden a un ideal de pareja. Estos sentimientos están dirigidas a otro hombre.

Pero la paciente logra tomar la decisión de seguir y aceptar sus sentimientos y con ello asumir las consecuencias correspondientes. En lugar de ello, ella se hace “muchos reproches” y se fuerza así misma a estar bajo las órdenes de su esposo, así como ya en la infancia lo permitió de su madre. Ella admite que su esposo es “malo” con ella, y ella también le da las razones para serlo, escapándose de él, estar depresiva y “siendo infiel”.

La paciente es consciente de las posibilidades posibles para la solución de su crisis. Ella tendría que rodearse de personas, socializarse, orientarse de otra manera. Ella también es consciente de que eso no la costaría, dado que ella es sociable y encantadora. Y ella ha logrado también, al menos en la terapia, el alejarse de su perfeccionismo moral y también reírse sobre “cosas malas”.

Pero los remordimientos, provocados por modelos de comportamientos sociales demasiado rígidos, son todavía actualmente demasiado fuertes. Ellos no le permiten hacer lo que ella en su “interior” quisiera. Así ella permanece en una situación de vida emocional atrapada, que es tan desagradable y deprimente para ella como para su esposo. Pero la experiencia positiva de que ella puede sentirse bien en la terapia, le procura una cierta esperanza, sin embargo de que ella hable sobre sus deseos “prohibidos”.

Tarea de ejercitación:

Pida a alguien la descripción de un sueño, el cual él o ella puedan recordar bien. Apúntese todos los pormenores.

*Pídale a su compañero que se figure el **estado de ánimo básico** que existía en este sueño. Siguiendo a ADLER, los sueños son “fábricas de sensaciones”, por eso el sentido fundamental de un sueño se manifiesta en el afecto predominante.*

*Pida después a su compañero que encuentre un **título global** para toda la escena del sueño. A través de esto, se establece una primera referencia*

temática. Recoja el tema correspondiente y pregunte a su compañero que se le viene a la mente con ello. Apúntese todo que él o ella dice.

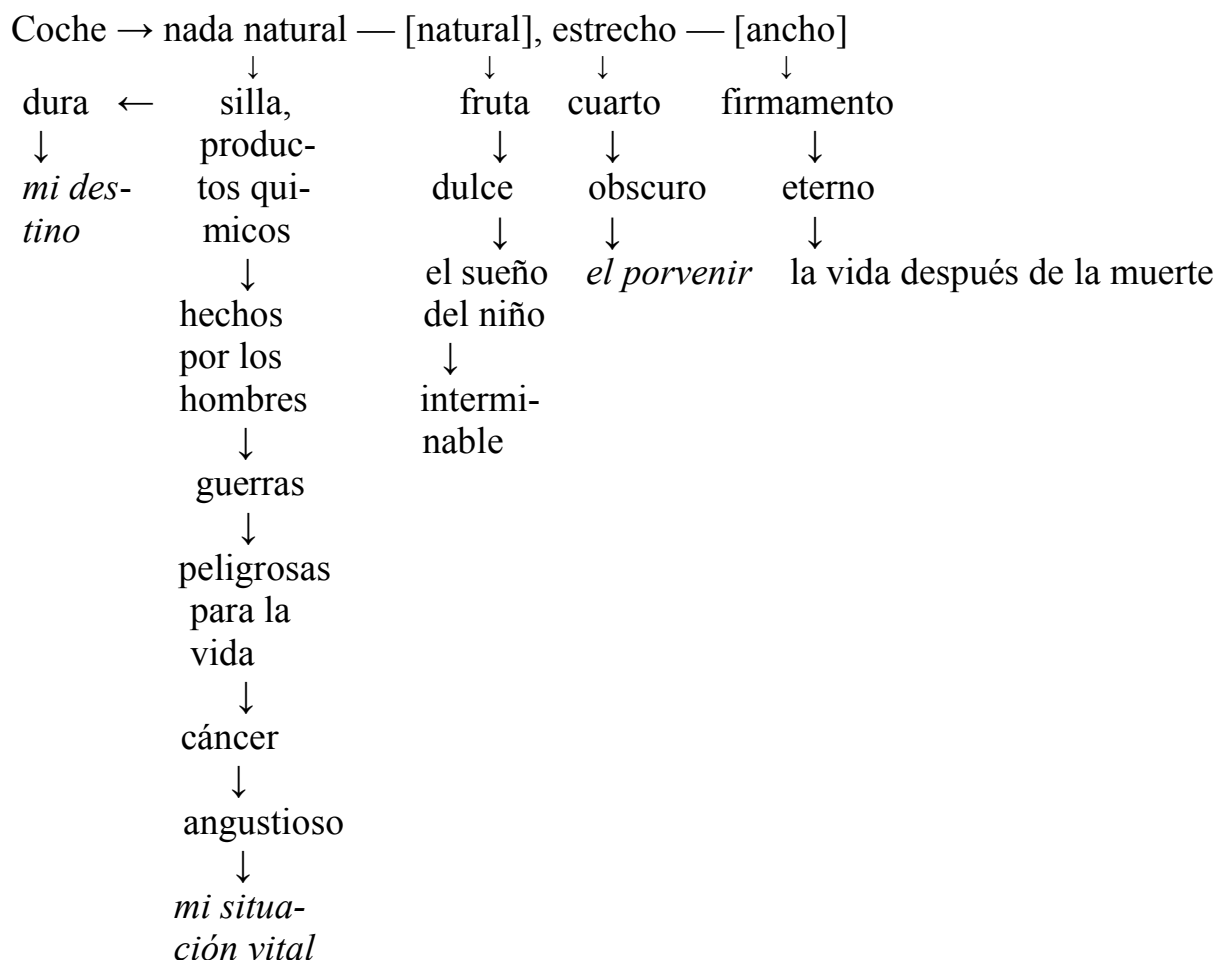
Entonces pregúntele a su compañero, cómo él o ella ven este sueño. Empéñese en encontrar atributos que correspondan lo más cercano posible sus sentimientos o sensaciones.

Después él o ella deben describir que impresión que le dejaron **las otras personas, el entorno o la vida** en este. ¿Cómo fue finalmente su objetivo, su intención fundamental, su **fin** en éste sueño?

Después de que usted ha recibido estas informaciones básicas, puede usted comenzar a tematizar los objetos contenidos en este sueño.

En la página siguiente hay a modo de ejemplo una representación esquemática, que también puede ser encontrada en TITZE (1982, p. 312).

Voy en *coche*, sentado junto al conductor. Éste baja dos gruesas *palancas*, nada naturales. Entonces veo de pronto un *oso* gigante, erguido junto al coche. El *conductor* sostiene un barrote de hierro en la mano.



Palanca → gruesa — [delgada], nada natural — [natural]
 ↓ ↓
 sangre estratos- *mi situación* *el niño*
 venosa fera *vital*
 ↓
 libre

Oso → grande — [pequeño], peligroso — [no peligroso]
 ↓ ↓ ↓ ↓
 yo hormiga la vida objetos inanimados
 ↓ ↓
 no so- sociable
 ciable

Conductor → atemorizado — [sin temor], desesperado — [esperanzado]
 ↓ ↓ ↓ ↓
 yo los *muertos* yo la gente en
 Pascua
 ↓
 revivificante
 ↓
 resurrección de los *muertos*

10 PARADOJAS

Los síntomas que están integrados en el arreglo neurótico son comprendidos en general como algo deficitario. Quién no los considere como negativos, sino que interpreta los síntomas correspondientes como algo positivo, entonces su consideración no corresponde a la comprensión de lo que es considerado diariamente como “normal”. Éste persigue como es sabido, el disimular los síntomas de la enfermedad, rechazarlos y combatirlos para “desembarazarse” de ellos. Justo del terapeuta espera la comprensión de lo diario, y todo lo que él emprende diariamente para poder curar los síntomas neuróticos, es decir el “sacárselos”.

En cuanto el terapeuta observe y reconozca tales síntomas, debilidades y faltas como una expresión de un recurso interior (cf. 7.1), él procederá de forma paradójica – desde un punto de vista convencional.

Con ésta manera de proceder paradójica se abren nuevas perspectivas, de manera que se hace visible lo malo en lo bueno, como así también lo bueno en lo malo. Con ello lo unilateral se relativiza y se armonizan los contrastes.

La idea fundamental de la terapia paradójica tratar al viejo principio homeostático de igual a igual, es decir “recetarle” al paciente, su mismo problema. Así sin vacilar deben ser propagadas debilidades disimuladas hasta ahora pudorosamente, después que el terapeuta positivamente les haya “cambiado el sentido” y respectivamente “cambiado la etiqueta”. Con ello debe debilitarse la compulsión al perfeccionismo, o sea ponerlo en ridículo.

Como uno de los primeros miembros del círculo cultural occidental comenzó ADLER a transitar ya en 1914 los caminos de la paradoja.

Así él aconsejó a personas que sufrían de insomnio, no hacer “algo contra ello” – como sería “razonable desde el punto de vista del sentido común”. Al contrario él aconsejaba a su paciente, el considerar tal síntoma como algo positivo, como un “signo favorable de una enfermedad mental curable”. A una pequeña niña que tiranizaba a su toda familia cada mañana ataques de llanto y horas enteras peinándose, ADLER le propuso:

“Escribe en un pedazo de papel con grandes caracteres y cuélgalo en la cabecera de tu cama: Todas las mañanas debo tener en jaque a toda familia!” (cit. Según TITZE 1982, pág. 282).

A un paciente cuyo historial publicó ADLER en el año 1929 en extractos, le aconsejó como remedio a sus molestias gástricas y respiratorias causadas por aerofagia inconsciente: “Cuando vaya a salir de casa y se encuentre en alguna

situación de conflicto, trague rápidamente algo de aire!” (cit. Según TITZE 1982, *ibid.*).

El psicólogo individualista nombró tal técnica antisugestión, y la definieron como sigue:

“La antisugestión consiste en aconsejar al paciente en forma no hiriente y bajo sin pretextos, de que haga justamente aquello que hasta ahora en apariencia había combatido: es decir *reforzar su síntoma*.” (DREIKURS 1932, cit. Según TITZE 1982, *ibid.*).

Viktor E. FRANKL, que fue alumno de ADLER algunos años, ha dado el nombre de “Intención paradójica” a éste procedimiento. Y fue él, FRANKL (cf. En 1992), quién logró hacer parte de la psicoterapia moderna a éste especial tipo de trato de los síntomas. Estrategias paradójicas han encontrado mientras tanto, aplicación en muchos procedimientos psicoterapéuticos orientados a síntomas (cf. WATZLAWICK et al. 1991). A ésta pertenecen especialmente la terapia de comportamiento, la terapia familiar sistemática así como la terapia hipnótica. La causa es porque las intervenciones paradójicas posibilitan un camino relativamente fácil y rápido para la “extinción” de síntomas psicopatológicos importantes.

10.2 HUMOR COMO RELATIVIZACIÓN IRÓNICA

FRANKL afirmaba que el efecto saludable de la intención paradójica reside en que el paciente aprende a *ironizar* sus síntomas. Con eso tomaba referencia FRANKL en una tradición filosófica que era creada por SOCRATES. El truco retórico consiste en que el irónico se hace a sí mismo de una manera inverosímil más pequeño de lo que él es en realidad. A través de esto se desenmascara la ostentosa y presuntuoso actuar del interlocutor. Por lo tanto la ironía establece una técnica mediante la cual se hace evidente la oposición entre lo dicho explícitamente, con el pensado implícitamente.

El filósofo Søren KIERKEGAARD veía la función de la ironía, en que ésta posibilita tomar ángulos visuales diferentes al mismo tiempo. Al presentar como equivalentes opiniones / modos de ver contrarias, se relativiza y respectivamente debilita el peligro de la fijación unilateral (por ejemplo, el de una verdad absoluta). También ADLER se servía de esta técnica: Una vez una llamada telefónica lo arrancó del sueño a las 3 de la mañana. El que lo llamaba era un paciente de ADLER que quería pedir perdón. Pero ADLER lo interrumpió con una tranquilidad estoica: “¡No piense siquiera más en ello! Desde hace mas de 1 hora que estoy sentado delante del teléfono esperando su llamada. ” La falsedad manifiesta (“¡Yo he esperado su llamada!”) está en un contraste tan grande con una regla convencional (“No se puede sacar de esa

manera a nadie del sueño!"), que sin embargo precisamente por ello, lleno de humor, es confirmada.

KIERKEGAARD (1992) consideraba a la dialéctica irónica escéptica negativa y la afirmación entusiasmada como un agente/medio que puede también tener como efecto, reacciones de *humor*. Con eso él seguía una opinión del filósofo inglés James BEATTIE que señalaba al origen de humor como una fusión de dos o también varias partes incoherentes, inoportunas o contradictorias relaciones, “de manera que una relación totalmente particular sea produce entre ellos“ (cf. El KING 1977, pág. 181).

Exactamente en esta tradición se apunta ADLER: Por ejemplo él estableció una relación entre el raro efecto del chiste con la fusión súbita del esquema de apercepción primario y secundario (cf. 2. y 3). De ello se puede concluir: la risa estimula un paso abrupto desde el razonable mundo de los adultos hacia el imprudente mundo del niño, y viceversa (cf. FREUD 1996). Exactamente esta flexibilidad posibilita una relativización irónica de interpretaciones unilaterales de la verdad. ADLER escribía en 1933:

“Siempre he considerado muy importante el rebajar todo lo posible el nivel de tensión durante el tratamiento, e incluso he ideado un método para decir al paciente que hay chistes que se identifican perfectamente con la estructura de su neurosis y que por lo tanto, ésta se puede tomar con mayor ligereza de lo que él lo hace.” (cit. Según TITZE 1982, p. 285).

10.2.1 EL MÉTODO “CONSPIRATIVO”

Un ejemplo de la eficacia de la dialéctica irónica, la ofrece la *psicoterapia múltiple* (conforme DREIKURS 1984). Éste método surgió en 1920 cuando ADLER en consultas de educación pública incluía a varios especialistas que tenían consecuentemente distintos puntos de vista, sobre el problema de padres que buscaban consejo, generando diferentes interpretaciones sobre la verdad (cf. El veredicto de ADLER: “¡Todo puede ser también de otra manera!“).

Así se desarrolló una manera de proceder en la cuál dos terapeutas “asumen roles contrapuestos“ respecto de un paciente (cf. TITZE 1982, pág. 258-259): el terapeuta 1 representa el sistema de referencia de „la vida de persona normal“ (= estilo de vida social / esquema de apercepción secundario), mientras que el terapeuta 2 argumenta en el sentido del estilo de vida individual (= esquema de apercepción primario).

Con esto el terapeuta 2 se identifica con la inadecuada forma de ver – desde el punto de vista del estilo de vida social – de la lógica privada, objetivos y

estrategias de actuar del “niño en el paciente”¹. Por lo tanto el terapeuta fabrica una identificación reflejo (cf. 5.1) con el paciente.

De este modo pueden ser externalizados conflictos del estilo de vida (internos). Mientras el terapeuta 2 defiende "su" posición valientemente y se confronta con el terapeuta 1, un paciente pasivo, tímido de conflictos, puede experimentar de que su comportamiento inadecuado, superficial o molesto posee también aspectos positivos (en el sentido de recursos). A menudo resultan de ello efectos alentadores y fortalecedores del yo, que pueden generar frecuentemente reacciones de humor (=alegría, risa).

Para ilustrar esto traigo a continuación una transcripción de un diálogo que tuvo lugar en una clínica psiquiátrica. El paciente era un esquizofrénico negativista que desde hacía muchos meses no hablaba, y en los días anteriores al tratamiento se rehusaba a tomar alimentos. Éste paciente fue visitado antes del comienzo de las sesiones por el primer terapeuta (**T 1**), quién le invitó – utilizando “argumentos racionales” - “a comer, a no ser tan descortés con los cuidadores y a comportarse mejor con sus familiares en los días de visita”. El paciente no reaccionó, como era obvio. Al comenzar la primera sesión de la terapia múltiple, el paciente vio por primera vez al segundo terapeuta (**T 2**): (**T 1** dirigiéndose al paciente): “Una vez más le exhorto a que haga un esfuerzo y coma algo. Ninguna persona normal se comporta como usted. Un adulto está obligado a comer para no preocupar a sus semejantes y para poder trabajar, como tiene que ser.”

(**T 2**): “Para ser sincero, yo creo que usted le pide demasiado al señor Z (el paciente). Lo que usted quiere es cebarle bien para poder mandarle a trabajar cuanto antes. Yo, en su caso, no comería en absoluto... Ni siquiera cruzaría una palabra con personas que me atormentasen de esa manera.”

(**T 1**): “Usted no puede decir una cosa así en presencia del paciente. Él nos está escuchando. Además, tengo la impresión de que usted quiere aconsejarle que siga como hasta ahora. ¿Sabe lo que eso significa? ¿Sabe lo que le está aconsejando? Que se porte como un niño pequeño, y desvalido. Los bebés no hablan, no van a trabajar y hacen caca en los pañales. Lo que debe aconsejarle es que se comporte como un adulto: comer como Dios manda, ser cortés con la gente y ganarse su propio sustento.”

(**T 2**): “De aconsejarle eso, estaría aconsejándole algo equivocado. Es un adulto, pero en la peor situación que se pueda imaginar. Sus padres tienen derecho a regañarle, los extraños pueden burlarse y desentenderse de él, y en el trabajo pueden insultarle y decirle que es un fracasado. Yo en su lugar no daría golpe y estaría en huelga permanente. Si no come, la culpa no es suya. El no comer, no es sólo asunto suyo. Son los demás los que están interesados en que coma, para que siga viviendo; los médicos por ejemplo, los enfermeros, que serían responsables de esa forma si él muriera de hambre. Y sus padres,

1 Para poder promover ésto desde un principio, el terapeuta número 2. es introducido en calidad de “practicante”, “candidato a practicante” o “asistente”.

naturalmente, que no quieren perder a su hijo y quieren tenerlo consigo para poder torturarlo. Y hágase cargo del valor, del carácter que se necesita para renunciar a comer. Ni usted ni otros como usted serían capaces de hacer eso. Nadie es capaz de hacerlo, fuera del señor Z. No, no se trata de un niño pequeño, sino de una persona que es más grande que todos. (Susurrando, pero de forma que le oiga el paciente). ¿En confianza, sabe lo que yo haría en su caso? Mientras el enfermero me daba la papilla, la volvería a escupir por toda la cama ...”

Paciente: “Pero si eso es lo que hago ...”

Para el profano, el método «conspirativo» es sin duda paradójico, contradictorio y “chocante”, ya que el profano piensa en un procedimiento que sea racional y esté en armonía con las reglas del sentido común o common sense. Pero el terapeuta teleanalítico no se orienta sólo por una lógica de validez general, sino principalmente por la “(no)-lógica privada” del individuo, cristalizada en su estilo individual de vida. La oposición entre estos sistemas lógicos que funcionan en cada individuo, es la base del planteamiento dialéctico de la psicoterapia adleriana.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler, Alfred: Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn [Cortas observaciones sobre la razón, inteligencia y la demencia]. Intern. Ztschr. Individ. Psychol., 1928, 6, pg. 267-272.
- Adler, Alfred: El carácter neurótico, Editorial Paidós, 1959; Paidós, Barcelona [1912] 1984.
- Adler, Alfred: Práctica y teoría de la psicología del individuo, Paidos, Argentina [1920] 1958.
- Adler, Alfred: Conocimiento del hombre, Espasa-Calpe, Madrid [1926] 1984.
- Adler, Alfred: Comprender la vida, Paidos, Barcelona [1926] 2002.
- Adler, Alfred: El sentido de la vida, Espasa-Calpe, Madrid [1933] 1975.
- Ansbacher Heinz L. Y Rowena Ansbacher: La psicología de Alfred Adler. Edit. Torquel, Buenos Aires 1959.
- Brunner, Reinhard y Michael Titze (eds.): Wörterbuch der Individualpsychologie [Diccionario de Psicología Individual]. Reinhardt Verlag, Munich 1995 (primera edición 1985).
- Castaneda, Carlos: The teachings of Don Juan: A Yaqui Way of Knowledge. University of California Press, Berkley 1998.
- Dreikurs, Rudolf: Fundamentals of Adlerian Psychology. Alfred Adler Institute, Chicago 1953.
- Dreikurs, Rudolf: Psychodynamics, psychotherapy, and counseling. En: Collected Papers of Rudolf Dreikurs. University of Oregon Press, Eugene 1963.
- Frankl, Viktor E.: Teoría y terapia de las neurosis. Herder, Barcelona 1992.

Freud, S.: El chiste y su relación con lo inconsciente. En: Obras Completas, vol. VIII, Amorrortu, Buenos Aires 1996.

Hazán, Yair: De la psicoterapia de Adler. Dossier Adlerianos Hoy: <http://www.centroadleriano.org/> Montevideo 2003.

Kierkegaard, Søren: The concept of irony. En: Kierkegaard's Writings, Vol. 2. Princeton University Press, Princeton 1992. King, Everard H., James Beattie. Twayne, Boston 1977.

Kopp, Sheldon H.: If you meet Buddha on the road, kill him! Bantam Books, Palo Alto 1972.

Kretschmer, Ernst: El delirio sensitivo de referencia. Editorial Triacastela, Madrid 2000.

Kühn Rolf y Michael Titze: Gewissen [Conciencia]. En: Brunner, Reinhard y Michael Titze (eds.): Wörterbuch der Individualpsychologie [Diccionario de Psicología Individual]. Reinhardt Verlag, Munich 1995, ps. 206 – 214.

Künkel, Fritz: Let's be normal. The psychologist comes to his senses, trans. Eleanore Jensen. Ives Washburn, New York 1929.

Künkel, Fritz y Ruth Gardner: El consejo psicológico. Edit. Biblioteca Universal Miracle, Barcelona 1971.

Maestro Eckhart: El fruto de la nada (y otros escritos). Ediciones Siruela, Madrid 1998.

Mead, George Herbert: Espíritu, persona y sociedad desde el punto de vista del conductismo social, Ed. Paidós, Buenos Aires 1990.

Miller, George A., Eugene Galanter y Karl H. Pribram: Plans and the structure of behaviour. Henry Holt, New York 1967.

Racker, Heinrich: Estudios sobre técnica psicoanalítica. Editorial Paidós, Buenos Aires 1960.

Ringel Erwin y Hans Hoff: Problemas generales de la medicina psicosomática. Ed. Morata, Madrid 1969.

Rothschild, Babette: The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment. W.W. Norton, New York 2000.

Ruiz, Juan José, Úrsula E. Oberst y Antonio M. Quesada: Estilos de vida. El sentido y el equilibrio según la psicología de Alfred Adler. Paidós, Barcelona – Buenos Aires – México 2006.

Scheler, Max: Sobre el pudor y el sentimiento de vergüenza, Sígueme, Salamanca 2004.

Titze, Michael: Fundamentos del teleoanálisis adleriano. Editorial Herder, Barcelona 1983.

Von Perfall, Claudio Alarco: Diccionario de psicología individual. Editorial Síntesis, Madrid 1999.

Watzlawick, Paul, John H. Weakland y Richard Fisch: Cambio – formación y solución de los problemas. Herder & Herder, Barcelona 1991.