

TERAPIA GESTALT CON ESQUIZOFRÉNICOS

John H. GAGNON

Sentimos la necesidad de definir previamente dos términos importantes: AWARENESS y FEELING, que dejaremos en inglés.

AWARENESS: este término significa la conciencia de lo que siento en el aquí y ahora y en un entorno dado. Esta conciencia es completa cuando toca los tres niveles del organismo: físico, afectivo y mental, y cuando la atención se apoya sobre el hecho de que las sensaciones son puestas en marcha por el entorno. El awareness fue uno de los conceptos de base de la Gestalt.

FEELING: este término designa la emoción conectada otra vez a la vivencia en el aquí y ahora, vivido-sentido en el carácter global sensorial, afectivo y mental. El awareness se hace una condición previa para sentir e identificar los sentimientos. La Gestalt destaca la importancia de la propiocepción y del sensorial en este sistema.

(N. d. T.)

Durante tres años, el equipo de terapeutas de un hospital de día orientado sobre Gestalt trabajó con esquizofrénicos. Por numerosos aspectos, este trabajo se reveló un éxito en el sentido que permitió liberar a estos pacientes de la influencia de Gestalts inconclusas, de resistencias, y devolverles un cierto grado de awareness centrado sobre el presente, y la espontaneidad en su vida. Este trabajo fue para el autor y sus colegas del hospital de día una demostración de la utilización flexible que se podía hacer de la Gestalterapia con tal categoría de enfermos. Unas de las búsquedas efectuadas son presentadas más abajo en forma de descripciones breves o en forma de ejemplos anecdóticos, así como los resultados obtenidos.

Todos los terapeutas que llevaron estas búsquedas se esforzaron por trabajar su sensibilidad y todo el apoyo que podían aportar. El cambio personal y la sinceridad de los terapeutas aparecieron como componentes preciosos del segundo plano que permitió la emergencia de los seres en el curso de la terapia.

Escribimos numerosos libros y artículos sobre la etiología, los síntomas y el tratamiento de la esquizofrenia. Describimos este estado emocional paradójico y complejo como que presenta un comportamiento autista y a menudo extraño, alucinaciones y delirios, así como desorganizaciones (confusiones) importantes del pensamiento. Les atribuimos el origen a "madres esquizofrénicas", a dobles vínculos, a la genética, a la bioquímica del cerebro y a la sociedad, para nombrar sólo algunas causas, pero el origen exacto de la esquizofrenia claramente no ha sido determinado aun, y puede que se encuentre en una o varias de las causas evocadas. Verdaderamente no podemos definir con precisión lo que es la esquizofrenia, de hecho, sino nos ponemos de acuerdo sobre un cierto número de síntomas tales como los que figuran sobre la lista de DSM para diagnosticar esta afección penosa. Se ha concluido que hay variaciones en cuanto a los síntomas utilizados para el diagnóstico. Del mismo modo, el tratamiento de este estado mental mal definido varía también, al ser objeto la farmacoterapia de la elección más importante y más eficaz.

El diagnóstico de esquizofrenia entre los pacientes del hospital de día ha sido hecho teniendo como base un conjunto de síntomas que se encuentra frecuentemente entre los pacientes afectados por esta enfermedad; figuran allí: las alucinaciones, el delirio y otros desordenes del pensamiento, las perturbaciones de la afectividad, la rareza del comportamiento, el autismo y la falta de empatía generalizada para con otros.

En nuestro trabajo, no nos pareció lógico tomar una sola etiología en particular para explicar la esquizofrenia; no tenemos tampoco claro que la Gestalt pudiese reemplazar totalmente otras formas de terapia y de medicación. No obstante, descubrimos que la Gestalterapia, tal como nosotros la habíamos utilizado, era un tratamiento de aproximación eficaz primeramente para nuestros pacientes, que les ayudaba a reducir la

frecuencia de sus alucinaciones, a abandonar sus creencias delirantes y sus comportamientos "incongruentes", a salir de su aislamiento y de su retirada crónica, a darse cuenta de sí mismos en el momento presente y a establecer un mejor contacto dentro de sus límites. Fue una agradable sorpresa para mí, a quien habían dicho en el momento de mi análisis, que la Gestalt-terapia era "demasiado angustiada para individuos con el YO tan frágil". De hecho, comprobamos que nuestros pacientes reaccionaban favorablemente a un trabajo de Gestalt basado en lo sensorial, y que ninguno de ellos tuvo descompensaciones más tarde.

Las búsquedas en la Gestalt presentadas en este artículo ilustran nuestra comprensión de la Gestalterapia tal como la presentaron Perls, Goodman y Hefferline en " Terapia Gestalt " (1951) y nuestras diversas prácticas en Gestalt-terapia adquiridos en varios institutos. A pesar de la utilización de técnicas reconocibles como la utilización de dos sillas para facilitar la integración y el awareness de polaridades diferentes del self, el acento no ha sido puesto sobre las técnicas. Estábamos allí más bien para ayudar a los pacientes que hicieran la experiencia de ellos mismos a través de su modo de estar en el mundo. Animábamos también a los pacientes a experimentar maneras de ser nuevas en el contacto y otros modos de percibir y de comportarse. Consideramos la Gestalt-terapia como una experimentación fenomenológica del momento presente.

Intentamos, sirviéndonos de nuestra propia experiencia, de nuestro "insight", de nuestras sensaciones, de nuestra presencia y de nuestras reacciones del momento, dirigirnos a estos lugares donde, en el proceso en curso de los pacientes, el bloqueo, las resistencias, el inmovilismo, la somatización y otras defensas semejantes provocaban la interrupción de contacto.

En el curso de la terapia, sentimos a menudo por simpatía o intuición lo que podría ayudar a un paciente a que entre en contacto mejor con él o con otros y su entorno. Fue a partir de esto que las ideas varias de tratamiento se desarrollaron.

Este artículo contiene los bosquejos breves del tratamiento de un cierto número de pacientes de nuestro programa. Que no se piense, sin embargo, que presentamos aquí "historias de éxitos" de curas relámpago. Ningún cambio durable puede producirse en un paciente espontáneamente en una o pocas sesiones. El trabajo ha sido renovado a menudo, y el comportamiento de contacto, una vez iniciado por los pacientes, ha sido reforzado por todos los demás aspectos del programa sobre una base diaria, tres o cuatro veces a la semana a razón de seis horas al día. La ergoterapia no interpretativa, la terapia experiencial para el arte, el baile no interpretativo y la musicoterapia se prestaron totalmente al desarrollo del nuevo contacto, y a la conservación de los progresos realizados en las sesiones de Gestalt-terapia. Las sesiones de Gestalt se cogían cada día

del programa. Siempre se efectuaban en grupo y duraban más o menos dos o tres horas cada una.

El hospital de día estuvo constituido por un edificio situado al otro lado de la ciudad con relación al hospital principal. Parece que esta situación favorecía un soporte de vía comunitaria que beneficiaba al paciente cuando aparecían sensaciones desconcertantes, sin presentar por eso el aspecto institucional del edificio principal. Los pacientes hablaron a menudo de esto como una ventaja.

La inmensa mayoría de los pacientes ya estaban en tratamiento farmacológico y eran capaces, por lo menos, de un mínimo de comunicación.

LAS ALUCINACIONES.

Describimos las alucinaciones como percepciones de objetos externos que surgen "dentro del mismo individuo, sin ningún fundamento en la realidad" (Wolman, 1973). Perls, Goodman y Hefferline (1951) atribuyen las alucinaciones a inhibiciones perceptuales en la frontera contacto organismo/ entorno. Constatábamos a menudo una cualidad particular a las alucinaciones que nos hizo plantearnos si no son partes del self de las que este último no estaría en posesión, o imágenes, o roles que un paciente proyecta sobre su entorno.

En el caso que sigue, presentamos a un paciente alucinado un ejercicio destinado a permitirle experimentar contactar con su proyección e integrarla. Durante varias sesiones, lo vimos instaurar un diálogo entre él y su alucinación, y soy persuadido de que él se está reapropiando de la energía proyectada con el fin de que se vuelva más útil para él. También observamos que, mientras que la integración de la alucinación horrorosa se hacía, le parecía menos urgente al paciente poner sus fronteras, por lo menos durante ese tiempo, y que un contacto auténtico con otros en el curso del programa se volvió más fácil.

- BILL-

Bill, un paciente de 20 años, entró en el hospital de día en consecuencia de su primera hospitalización para " esquizofrenia aguda". En el hospital psiquiátrico, habíamos calmado su agitación con un tratamiento con Haldol. Más o menos un año antes, había sufrido la ablación quirúrgica de un tumor en el hombro izquierdo. Era su primera enfermedad grave. Había salido de eso considerablemente debilitado con una disminución de la amplitud de sus movimientos del brazo izquierdo. Mientras que al principio no presentaba síntomas esquizofrénicos ni depresivos, su conducta se volvió cada vez más errática y

más rara al año siguiente. Comenzó a sufrir alucinaciones aproximadamente una semana antes de su hospitalización.

A su llegada, Bill se quejaba de alucinaciones visuales (entre otras dificultades). Después de varias semanas de preparación para el programa, dio su consentimiento para trabajar con las alucinaciones en una sesión de terapia de grupo. Ya había hecho un trabajo preliminar y fue familiarizado con Gestalt.

La sesión se presentó con la descripción que hizo Bill de sus alucinaciones que sobrevenían habitualmente a la hora de acostarse y antes de dormirse. Nos dice que veía caras verdes. Horrorosas y horribles, estas imágenes vagas parecían amenazadoras delante de él al pie de su cama. Estaba demasiado asustado para dormir y las imágenes permanecían durante horas. Después de una descripción larga de las imágenes, se le pidió que se tendiera sobre el suelo como si estuviera en su cama y representase las caras sobre una silla colocada frente a él. No sólo las imaginó, sino que nos dice que las veía distintamente y el espanto se apoderó de él. Lo animamos a hablar con estas caras, a levantarse y a desempeñar su papel de la manera que le convenía. Aunque al principio estuvo poco dispuesto a cambiar los papeles y no fue forzado de ninguna manera a moverse, espontáneamente invirtió los papeles y actuó las caras. Su trabajo sucede así:

Bill: Váyase usted. Déjeme sólo. (Gime (se queja) y tiritita. Repite esto muchas veces, luego intenta superar su vacilación y cambia de sitio. Con la ayuda de un apoyo discreto, se levanta y toma el sitio de las caras).

El terapeuta: Eso es, Bill. Trata de desempeñar el papel de las caras para nosotros, que nosotros podamos ver como ellas están en el aire... Simplemente interpreta su rol.

Las caras: Ouh (sonido horroroso). Somos el miedo que te toma. (Sus dedos se crispan. Los aparta como sacando las uñas).

El terapeuta: ¿Puede servirse más de sus manos, usted las caras? Sean conscientes de lo que hacen sus manos.

Las caras: Aaaah... (Se echa entonces adelante toda "uña" fuera).

El terapeuta: Se diría que usted quiere apenar a Bill. ¿Quiere apenarle?

Las caras: ¡queremos matarlo! (El terapeuta repite esta frase y hace cambiar de sitio a Bill. La sustitución muchas veces de una posición a otra repitiendo el diálogo bajo versiones renovadas por el mismo tema: "quiero que usted me deje tranquilo")

respondiendo a "quiero matarte". Por fin, regresa una vez más en la posición de Bill, y esta vez realmente parece oír (entender) el mensaje que le envían (dirigen) las caras. Presentan unos ojos grandes abiertos y el cuerpo tenso.

El terapeuta: O.K., Bill, ¿ahora puedes hacer la experiencia de lo que tú sientes en tu cuerpo?

Bill: (se acuesta y comienza a temblar). ¡Oh no!

El terapeuta: ¿oh no, qué, Bill?

Bill: ¡quieren matarme! (Ahora tiene la apariencia de estar totalmente asustado y un grito se asfixia en gorgoteo espumoso en el fondo de su garganta, luego mira al terapeuta con aire suplicante).

El terapeuta: ¿quieren matarte? Tienes un rostro verdaderamente espantado ahora. ¿Quieres de la ayuda (ayudante)?

Bill: no, no. ¡No tengo miedo! (Su voz se eleva en entonación y en volumen).

El terapeuta: (aceptando su negativa) O.K. Diles esto... Di: "no le tengo miedo y no tengo miedo de que me mate".

Bill: (Comienza) no tengo miedo de usted... (De repente los ojos se hacen grandes, abiertos de nuevo, profiere un grito con sonido ascendente. Enrolla sus brazos alrededor de él. El terapeuta se adelanta e intenta coger a Bill despacio, de la misma manera que él mismo se coge. Su grito se vuelve más profundo y más fuerte. Sus músculos comienzan a aflojarse y rompe a llorar a gruesos sollozos. El terapeuta siente esto como una reacción positiva a la conversación y lo tiene más apretado. Bill continúa llorando durante un momento largo permaneciendo apretado estrechamente durante todo aquel tiempo. En un momento dado, Bill levanta la mirada y exclama): ... ¡La luz! (El cuarto es débilmente alumbrado). La luz... Me hace daño a los ojos. (Bill alcanza luego una paz natural, sigue llorando despacio durante un momento largo; se incorpora para sentarse en medio de la sala y nos sonrío. Tiene también un contacto visual nítido)... Tuve tanto miedo. Temía morir.

El terapeuta: ¿Piensas que estás muriendo ahora, Bill?

Bill: (un momento después)... No (sonríe).

El terapeuta: O.K., Bill. ¿Tienes ganas de ir un poco más lejos ahora o quieres pararte aquí por hoy? Mira cómo te sientes con mí proposición.

Bill: (toma algunos instantes para valorar esto). Ciertamente, me siento bien, puedo ir un poco más lejos.

El terapeuta: O.K. Se una vez más las caras, si quieres.

Bill: (cambia el sitio. Su cara toma un aspecto más siniestro).

El terapeuta: ¿qué sientes en el momento presente?

Las caras: soy malo y destructor.

El terapeuta: ¿eres malo y destructor pero más contra Bill?

Las caras: es verdad Pero todos los demás harán bien en desconfiar porque soy muy malo.

El terapeuta: O.K., vuelve a ser Bill. (Cambia de posición). ¿Ves las caras, Bill?

Bill: realmente no, pero puedo hacer como si.

El terapeuta: (satisfecha de la buena voluntad de Bill que interpreta a las malas caras y disminuye sus alucinaciones). O.K. No pasemos de ahí por el momento...

Durante una semana Bill no habló más de alucinaciones. No sabíamos, sin embargo , hasta qué punto la integración había podido hacerse. Lo que comprobamos es que el miedo de Bill había disminuido considerablemente y que había menos tensión al nivel frontera-contacto (tenía un mejor contacto con nosotros). Bill decidió trabajar de nuevo varias sesiones más tarde. El terapeuta le pidió si quería hacer otra experiencia (experimento) con las caras. Estuvo completamente de acuerdo y esta vez sufrió menos al pasar de una silla a otra. Se sintió complacido al poder ser las caras con toda su crueldad. Esta vez el terapeuta le pidió tratar de asustar a otros miembros del grupo. Cumplió la orden con satisfacción, luego se sintió más sólido en consecuencia de esto.

Es en el juego de las caras horrorosas y agresivas que Bill hizo progresos inmensos. Es allá dónde la integración de su agresividad hendida apareció hacerse. Su actitud cambió

por completo a partir de allí. Bill se volvió más enérgico y más confiado. No tuvo más alucinaciones y nos pareció mucho más lúcido.

Más tarde, todavía estaba desorientado y distante mientras que hablaba. También negó la existencia de una relación entre las caras y cualquier acontecimiento de su vida (como las máscaras de la sala de operaciones y la luz por encima de la mesa sobre la cual se le había operado su cáncer, un año antes). Esto no nos pareció un fin a alcanzar para él, ni para nosotros. El hecho era que Bill era ahora capaz de dormir por la noche y tenía menos miedo.

LOS DELIRIOS

Los delirios son "sistemas irracionales de creencia" (Woolman, 1973). Así como las alucinaciones, identificamos los delirios de nuestros pacientes como proyecciones de las que se sienten desposeídos. En este caso, el paciente parecía proyectar sobre su entorno a su verdugo, su perseguidor, su self negativo. Con el fin de hacerles experimentar las partes proyectadas por su self, los pacientes fueron a menudo animados a jugar "al verdugo", "el mal demonio", o la "mafia", o a pensar libremente en las ideas que combatían como siendo prohibidos, o formular sus puntos de vista críticos hacia otros con toda libertad. Esto hizo que una gran parte de la angustia y de la energía invertida a mantener estos delirios parecía disminuir. Las declaraciones confirmaron esto.

- JANE-

Jane presentaba un delirio de "pecado y de culpabilidad". Se consideraba totalmente mala porque "decía juramentos en su cabeza". De educación católica, Jane fue persuadida que no había esperanza para ella. Estaba segura así como cualquier sacerdote que la viera podría inmediatamente decir que "era mala " y jamás le perdonaría.

El terapeuta de Jane comenzó el trabajo sugiriéndole un ejercicio en el cual trataría de cambiar algunas de las declaraciones que hacía sobre su culpabilidad en declaraciones de resentimiento. El origen de este ejercicio es que el terapeuta apreciaba su culpabilidad como el resentimiento a menudo retrofectado (Perls, 1951).

Al principio fue difícil para Jane expresar este resentimiento, pero esto se volvió más fácil a fuerza de repetir el ejercicio. La inmensa mayoría de las declaraciones de resentimiento que hizo fueron dirigidas contra la Iglesia. Se dio cuenta de lo mucho que las reglas de la Iglesia habían instaurado sobre los pensamientos "impuros o malos". En el momento de una sesión, el terapeuta decidió permitirle a Jane "hacerse la Iglesia", con el fin de que tuviera el poder de establecer las reglas y de perdonar. Dispuso de dos sillas por separado donde Jane misma podía estar en un sitio y un sacerdote al confesionario a la

otra. Jane se desplazaba libremente de su silla a la del sacerdote. Instauró un diálogo largo sobre los actos que eran culpables y los que no eran él. Como sacerdote, ella se propuso cambiar algunas de las reglas que concernían al acto de jurar y pudo concederle la absolución a Jane para "todas las faltas (culpas) que podía realmente haber cometido" (según una ética más razonable). Ella misma se dio las oraciones a decir como penitencia para obtener el perdón total y se encontró encantada del alivio sentido después de haberse apoderado del poder de perdonarse. El tratamiento completo con la ayuda de escenas reiteradas de confesionario duró ocho sesiones al final de las cuales Jane pudo sin culpabilidad alguna jurar en voz alta o "en su cabeza". No se sentía más desconsolada y podía expresar con claridad cómo ciertos aspectos de su pasado religioso habían sido destructores para ella. Lo más importante, sentía que podía ahora perdonarse actos que violaban su propia ética. Jane había repetido posesión de su self crítico y se volvió hasta menos crítica más tarde.

- BOB-

Bob presentaba un delirio hipocondríaco. Creía que él tenía un bebé en gestación en su cabeza que le ocasionaba los dolores de cabeza. En una puesta en escena muy elaborada, Bob tuvo la posibilidad de interpretar su delirio. La idea de su terapeuta era entrar en su delirio. Bob "entró en el hospital" (a la sesión de terapia de grupo) al "servicio de obstetricia". El terapeuta desempeñaba el papel del doctor y Bob fue animado a "comenzar el trabajo y a dar origen al bebé". Nos dice que haría falta que naciera por su boca. Después de haberle dicho nuestro acuerdo, nos preparamos para recibir al bebé desde su nacimiento. Bob hacía esfuerzos y gemía (se quejaba); por fin vomita en una papelera. "Salió", dice. Le mostramos el contenido de la canasta y declaró "que jamás había habido bebé". Sus dolores de cabeza cesaron así como su delirio. Más tarde, hizo la conexión entre el bebé al que había imaginado y la costumbre que tenía de entregarse a contactos sexuales orales con pacientes de su sexo en un pabellón del hospital compuesto únicamente de hombres. Realizó el rastillado de su culpabilidad a propósito de eso, pero llegó a aceptar su conducta como un medio provisional de satisfacer sus necesidades sexuales. Aunque el insight directamente no le haya venido a la sesión del principio cuando "el parto" se efectuó, la postura en acto del delirio se reveló importante para su liquidación definitiva.

LA PERSECUCIÓN

Nuestras observaciones nos mostraron a menudo que cuando un paciente se ejercitaba en el papel de perseguidor, en lugar del perseguido, se había dado cuenta de cuán placer tendría de torturar a otros. Al interpretar al agresor, muchos de nuestros pacientes reconocieron sacar resultados positivos y sentirse más fuertes más tarde. Animábamos

todo acontecimiento que ponía fin a la autoagresión y abría nuevas vías por las cuales las energías agresivas o críticas podían ser evacuadas.

En un caso, nos pareció más apropiado en el trabajo del paciente pedirle expresar primero su paranoia hacia cada uno de los miembros del grupo: "dile a cada persona aquí presente cómo te tendría". El paciente entonces dio la vuelta al grupo entrando en contacto por la mirada, para decir a cada uno lo que esta persona le haría. Haciendo esto, pareció abandonar una gran parte de su miedo y tuvo un trato menos malo, confortable, con las personas siguientes. Nuestro paciente luego fue animado a rehacer una vuelta para decir a cada miembro del grupo cómo le gustaría tenerlo. De nuevo esto se reveló una experiencia (experimento) restauradora para el paciente. ¡Expresó que le había gustado ser el agresor por una vez! Un trabajo continuo fue todavía necesario para orientar las energías agresivas y convertirlo en elementos favorables para el self (por ejemplo de la seguridad en el contacto interpersonal, las actividades deportivas, la agresividad en el trabajo, etc.).

- FRANCINE-

Mientras que el grupo precedente de ejercicios concernía al tratamiento de los sistemas de creencia, el juego en espejo de un terapeuta a partir de la conducta de un paciente se reveló muy útil para mostrarle hasta qué punto su conducta era incongruente".

Francine, mujer de 23 años deficiente, vivía con su madre. Le lloraba frecuentemente y a menudo repetía las mismas quejas. Ninguna palabra ningún consuelo podía hacer nada.

En el transcurso del tiempo de ejercicios con los pacientes, Francine se puso al lado del profesor de gimnasia. Y se acostó sobre el suelo donde se echó a mecerse de atrás adelante repitiendo: "¡tengo pena, oh, tengo pena!", repetidas veces. Después de haber intentado en vano llamar la atención de maneras diversas, acabo por abandonar, me acosté detrás de ella, y murmuré: "abandono, Francine. Estoy demasiado cansado". Hacía ya más o menos cinco minutos que canturreábamos meneándonos cuando Francine se volvió para decir: "¡En serio! ¿Estas cansado?". Dejó de llorar y hablamos durante un momento. Francine estuvo bien para el resto del día. Aunque este ejercicio jamás produjo los resultados duraderos, siempre fue eficaz temporalmente.

LA EXAGERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Con varios pacientes, sentimos que podrían sacar beneficio de la exageración de su comportamiento. Parece que el hecho de exagerar les hubiera permitido a estos pacientes activar la polaridad de un comportamiento o de un pensamiento inconsciente a tal grado de absurdidad que el polo opuesto pudo emerger con mucha fuerza.

Conseguimos reducir el modo de pensamiento paranoide de varios pacientes animándolos al principio a exagerar sus quejas respecto a otras. Esto generalmente duraba un momento, luego se hundía cuando el paciente sentía que tenía miedo menos de otros y también como tenía confianza en ellos.

En este caso observamos que se podía combinar afortunadamente los efectos de espejo y de exageración, cuando el terapeuta tomó tono sarcástico de reproche del paciente paranoide y acusó (exagerando) a cada miembro del grupo. Al principio esto se parecía a la comedia lo que conllevaba un sentimiento paradójico para el paciente. Luego la ironía y la imitación comenzaron a tocarlo, y el apaciguamiento se instaló con una redefinición de su relación con la realidad. En cuanto el paciente hubo tomado en consideración este estado de cosas, el terapeuta acabó su juego de espejo y repitió su papel de partidario objetivo y de facilitador.

INTERPRETACIÓN DEL ROL OPUESTO

Realizamos una experiencia (experimento) en el hospital de día en la cual les fue pedido a los estudiantes de una universidad local invertir los papeles con los pacientes. Los pacientes desempeñaban el papel de los estudiantes y viceversa. Tuvimos la impresión de que una gran parte de las conductas raras acostumbradas, del modo de pensamiento y los modelos de discurso de los pacientes se difuminaban cuando los estudiantes se permitían actuar "de modo loco".

La otra vez, tuvimos un paciente al que le costaba comprender que debía sentarse en una silla designada como la de un "normal". Abandonó su lenguaje impreciso y contorneado y fue capaz de comunicar ideas claras en frases bien construidas. Fue incapaz, sin embargo, de hacer pasar este cambio notable en su comportamiento más allá de esta experiencia (experimento).

Lo que nos impresionó más, es que un síntoma psicótico podía ser increíblemente modificable y cómo el trabajo de Gestalt centrado sobre el objeto podía revelarse eficaz en estos casos cuando todo el acento fue puesto sobre la consigna: "ves lo que estás haciendo. Y ahora, ves lo que esto sería actuar "normalmente".

DESBLOQUEO DE SENTIMIENTOS PROFUNDOS

Ciertos pacientes se volvieron más conscientes de sus sentimientos simplemente porque se les pidió prestar atención en su desarrollo. La consigna: "¿Puedes estar atento a lo que sientes en el momento presente?" O "Trata de darte cuenta de lo que sientes cuando dices esto", hizo brotar a menudo en respuesta directa un sentimiento. En individuos más

bloqueados, sin embargo, puede suceder que las sensaciones fueran tan intensas y amenazantes para ellos que estas consignas de prestar atención sólo encuentran resistencias. En aquellos casos, orientamos al paciente hacia un awareness de su cuerpo pidiéndoles centrarse sobre sus sensaciones físicas. Cuando el paciente sentía un entumecimiento o un dolor en un músculo, el terapeuta simplemente le animaba a quedarse con esta sensación y a "ver lo que pasaba luego".

A medida que los sentimientos comenzaban a emerger, en particular en forma de temblor de los miembros o de los labios, de las lágrimas, de los puños crispados, de los dientes apretados, etc....., el terapeuta ofrecía un soporte animando con sus palabras al paciente a mantener su atención en esto. El hecho de decir "es eso", con una voz tranquilizadora en el momento deseado (como cuando los ojos se velan de lágrimas) ayudó a varios pacientes a que entraran en su pena profunda. Parece que esta aceptación verbal hubiera sido el equivalente de un permiso (autorización) venido del exterior a través del terapeuta. Más tarde, estos mismos pacientes se mostraban a menudo capaces de interiorizar este procedimiento dándose el permiso (autorización).

Cuando la emoción en juego era la cólera, una voz tranquilizadora se revelaba totalmente ineficaz o contra-indicada, mientras que tono irritado parecía mejor adaptado para ayudar al paciente a que permaneciera con sus sensaciones emergentes. Descubrimos que nuestro propio comportamiento en el curso del "trabajo sobre las sensaciones" tenía un papel importante de modelo para el paciente que quería expresar una sensación, pero tenía como introyectado sólidamente mensajes que contradecían la ocurrencia de tal expresión. A veces, la utilización de accesorios tales como cojines que hay que golpear, servilletas que hay que retorcer (o morder en caso de agresión oral) pareció ser también el equivalente de un permiso (autorización) para vivir sentimientos profundos. Cuando los pacientes pusieron en acto los sentimientos profundos, les permitimos expresar en general la sensación en cuestión hasta su agotamiento completo, y no pusimos término de ninguna manera a su expresión, lo que habría podido ser tomado como desaprobación. En algunos casos, no obstante, nuestros pacientes se sintieron en peligro con las sensaciones que emergían y pidieron ayuda para "cortar" temporalmente. Es lo que hicimos en varios casos poniendo paréntesis, limitando y abasteciendo de zonas de seguridad. (Polster and Polster, 1975).

En el curso de una sesión, operamos una postura entre paréntesis después de haber hecho al paciente primeramente comenzar a vivir su sensación. Inmediatamente después, le sugerimos hacer pasar este awareness de su experiencia interior a un objeto no amenazante para transferirle su interés (nuevo primer plano en la formación de una Gestalt diferente). El paciente nos confió que había retirado un mejor control de la liberación de su tristeza, y, que en consecuencia, había estado más dispuesto a liberarla.

En varios casos de cólera extrema, retiramos a nuestros pacientes del medio del grupo para acompañarlos a una "zona de seguridad" predesignada o "lugar de enfriamiento". El paciente podía entonces experimentar este sitio como que estaba "fuera de atentado" de la cólera "y reencontrar una impresión de control sobre su sensación intensa". Así como con la tristeza, los pacientes que volvían a trabajar podían permitirse muy a menudo una experiencia (experimento) más profunda de su sensación a causa de, como nos lo dijeron, la existencia de esta "zona de seguridad" en la sala.

Cuando, en alguna ocasión, un paciente realmente perdía el control de su rabia, nos resultó que podíamos aportarle una gran seguridad permitiéndole dejar este control, mientras que miembros del grupo lo mantenían firmemente. Según la fuerza del paciente, hacían falta para esto más o menos personas. En general seis hombres bastaban para asegurar a cualquiera de nuestros pacientes. Con algunas pacientes, otra mujer que inspiraba confianza podía estar más en evidencia entre las que aseguraban la conservación, y hasta apretar en sus brazos al paciente cuando lloraba, gritaba o estaba en rabia. Jamás tuvimos que utilizar ni la camisa de fuerza ni el "envolvimiento del paño húmedo" con ningún paciente. No castigamos jamás tampoco a un paciente por haber expresado sus sensaciones en el seno del grupo. En cambio, nos explicamos repetidas veces por el concepto de la ocurrencia de su expresión en otros contextos sociales. Esto se reveló también muy útil.

Constatamos que ayudar a los pacientes a descargar los sentimientos profundos era generalmente fértil, y nunca hemos hecho disminuir aún más o descompensar un paciente tras eso. Al contrario, la mayoría de los pacientes se encontraron más justificados para seguir la terapia tras una catarsis energizante (véase también Nichols, 1977).

COMPORTAMIENTO AUTISTA

El comportamiento autista es una de las características del esquizofrénico. Por alguna razón, ve el entorno como demasiado amenazador y preferiría quedarse en retirada. Los ejercicios de awareness en Gestalt, que permitía experimentar con la seguridad y hasta con la recuperación de poder de la persona durante el contacto, fueron a menudo muy eficaces para ayudar a nuestros pacientes que emergieran de su retirada.

Nos dimos cuenta que al juntar a dos pacientes muy retirados en el mismo círculo (constituido por pacientes que se cogen por la mano) les traían frecuentemente a la confianza y a la aproximación. Primeramente, podíamos ver estos pacientes resistirse al contacto, separarse y tratar de sustraerse uno a otro y al grupo. A medida que las sesiones avanzaban, ambos pacientes del círculo acababan por resistirse cada vez menos y finalmente por acercarse uno al otro o del miembro del círculo. La confianza y el

sentimiento de seguridad que se desarrollaban simplemente se derivaban de un ejercicio dirigido por conservación del contacto.

Un paciente autista de nuestro programa se quedaba siempre al lado del resto del grupo, jamás hablaba a nadie, ni participaba en lo que pasaba con otros. Decidí quedarme en contacto estrecho con él, hiciera lo que hiciera. Cada vez que se levantaba para alejarse de mí, simplemente lo seguía. Cuando se sentaba, me sentaba al lado de él. Después de varias semanas, dejó de intentar alejarse de mí y se volvió verdaderamente capaz de responder a cuestiones simples que le ponía. En consecuencia de esto, lo vivimos acercarse al grupo y, si llegaba el caso, hacer comentarios cortos sobre las cosas que le llamaban la atención. La proximidad misma, en aquel caso, fue el único tratamiento que le ofreció a este chico una posibilidad de emerger.

Se observó también que una implicación sin peligro en el medio ambiente inmediato podía hacerse cuando se pedía a pacientes menos en retirada utilizar sus sentidos para ponerse en contacto con "lo que estaba allí" en vez de lo que se imaginaban estar allí. La utilización perentoria y agresiva de los sentidos se mostró también totalmente eficaz.

SENTIR EL CERCO

A menudo llevábamos a nuestros pacientes a un entorno campestre agradable, o bien les mostrábamos grabados de lugares agradables: paisajes de campo o del paseo marítimo, puestas del sol, flores, animales, etc. Comidas campestres o excursiones en el campo fueron organizadas una vez por mes a la temporada fría y más frecuentemente en verano. Les pedíamos a los pacientes describir a menudo su entorno -o las escenas de los grabados - tan perfectamente como pudiesen. Les pedíamos comenzar cada frase por: "en el momento presente veo" o "En el momento presente, soy conciente de". El uso de este aspecto parecía arraigar al paciente en el momento presente vivido como no amenazador, a menudo poner termino a modos obsesivos y complicados de pensamiento, y hacer al paciente empezar un contacto que regeneraba con lo que percibía como estímulos visuales agradables.

También la proposición de sonidos agradables (registro de arroyos o del océano o música dulce), de olores (flores, gran aire fresco), de sabores (alimento), y de experiencias táctiles (tacto (palpación) de los objetos, hacerse masajes unos a otros, ir en los museos donde se anima a tocar los objetos expuestos), todo esto tuvo efectos positivos. Más tarde, observamos que los pacientes querían tomar el riesgo de empujar cada vez más lejos la experiencia de su entorno, esto de su propia iniciativa.

Para utilizar la sensación con fines agresivos, les pedimos a los pacientes experimentar apropiarnos del entorno como si "comiesen, bebieran o destruyeran " las cosas con sus

ojos, sus orejas o sus otros sentidos. Esto tuvo por resultado dar a algunos pacientes, cuya agresividad habitualmente era retroflectada, una experiencia de agresividad activa con toda seguridad...

- DANNY-

Danny, un chico de 15 años, a menudo estaba en retirada y temeroso, aunque era completamente capaz de tomar la palabra cuando lo quería. Se consideraba constantemente observado. Jamás fijaba los ojos sobre alguien, sino suponía que la gente lo miraba sin cesar con ojo crítico. De cuando en cuando, miraba a alguien y cruzaba la mirada de esta persona. Danny desviaba entonces su mirada y persistía en la idea que se lo observaba. Sus ojos a menudo tenían un aspecto vítreo y su mirada parecía en el vacío. Su sitio preferido en la sala del grupo era un escondrijo aparte y sombra.

En el momento de una sesión, después de varias tentativas preliminares para entrar en contacto con Danny, este último se ofreció voluntario para hacer una experiencia (experimento) sobre el modo en el que utilizaba sus ojos.

El terapeuta: ¿Danny, eres consciente que no me miraste una sola vez en el curso de esta sesión?

Danny: Euh ...no, en fin, quiero decir... no creo.

El terapeuta: ¿no crees?

Danny: ¿Qué? ... (Se echa a manosear sus dedos) euh ...no me gusta que la gente me mire fijamente. (El movimiento de sus dedos se intensifica). Esto me pone nervioso.

El terapeuta: ¿te sientes a disgusto frente a mí en este momento?

Danny: Que... Siento que me detestas o algo así. No sé. (Se desplaza de atrás adelante sobre su asiento, con aire molesto, los ojos bajados).

El terapeuta: ¿Quieres probar algo?

Danny: ¿qué?

El terapeuta: ¿Quieres tratar de mirarme y ver de qué doy aire?

Danny: por qué no... de acuerdo. (Levanta la mirada y mira sin expresión durante un instante. Luego abre los ojos y de nuevo fija el suelo).

El terapeuta: ¿que viste, Danny?

Danny: Poca cosa... solo a ti.

El terapeuta: ¿Tengo aire odioso?

Danny: un poco (Signos afirmativos de cabeza).

El terapeuta: ¿Danny, quiere intentar mantenerme la mirada mientras sea posible y de observarme aunque te parezca odioso en el momento presente? puedes parar cuando te sientas demasiado mal o incómodo.

Danny: (levanta la mirada. Abre los ojos de nuevo y parece asustado. Todavía se ve vaga).

El terapeuta: (meneando la cabeza) eso es Danny. Mira si puedes mantener la mirada. ¿Que sientes ahora?

Danny: ¡Qué...tengo mucho miedo!

El terapeuta anima a Danny a experimentar con este miedo más todavía, lo que hace. Trata de controlar la sensación que emerge no temblando y guardando una respiración superficial. El terapeuta le pide ser consciente de estas dos cosas; comienza a temblar más. Algunos instantes después, Danny rompe a llorar. Lloro sin tregua durante cinco minutos más o menos temblando y a veces con sollozos profundos. Después de algún tiempo, Danny deja de temblar, mantiene su mirada sobre el terapeuta y se afloja. Vemos que sus ojos se fijan.

El terapeuta: ¿qué ha pasado, Danny?

Danny: creo que verdaderamente tuve miedo de ti, pero me siento un poco mejor ahora. (La sesión toca a su fin).

En el curso de las sesiones siguientes, les le pide a Danny repetir el ejercicio del contacto con el terapeuta y, entre tanto, él mismo se retira. Le pedimos que se diga a sí mismo que tiene estos dos comportamientos: "puedo estar en contacto. Puedo retirarme ", con el fin de apreciar ambos movimientos. Ejecuta este ejercicio fácilmente. Se le vuelven a poner también grabados agradables a observar para que los fije durante un cierto tiempo, después que él reanude el contacto por su mirada con el terapeuta, esto durante algunos momentos. Danny es

capaz de mantener el contacto visual durante períodos cada vez más largos, sin experimentar molestia. Su terapeuta finalmente le propone un ejercicio de agresión visual.

El terapeuta: ¿Danny, querrías entrar en contacto por la mirada con algunos miembros del grupo y tratar de darles miedo con tus ojos?

Danny: Lo veo bien. Voy por lo menos a probar. (Se levanta vacilando un poco y se acerca a una chica del grupo. Se inclina adelante y le lanza una mirada rencorosa. Los ojos de la chica ligeramente se aumentan y mueve un poco. Danny se incorpora, con cara satisfecha).

El terapeuta: ¿qué ha pasado? ¿Qué hiciste?

Danny: estuvo bien. Creo que yo verdaderamente le he dado miedo. (Signos de satisfacción).

El terapeuta: ¿te gustó darle miedo?

Danny: sí. Ahora, me toca dar miedo para cambiar.

En consecuencia, Danny pudo renovar este ejercicio con otros miembros del grupo, e incluso si no daba siempre miedo a los otros, tomó gusto de utilizar sus ojos con un fin agresivo. Pudo hacer uso de este ejercicio fuera del hospital de día y encontró mucha fuerza y satisfacción de mira a otros agresivamente. Danny se quedaba menos en retirada en el programa y participaba cada vez más en las actividades del grupo. Sus temores habían disminuido considerablemente gracias a lo que era para él un contacto más seguro, devolviéndole el poder dentro de sus límites.

LA SINCERIDAD DEL TERAPEUTA

Nos dimos cuenta que, para trabajar con nuestros pacientes, la sinceridad era esencial a cada momento. Compartimos la acogida favorable de los lados positivos de la personalidad de un paciente tanto como el disgusto y la aversión suscitados por ciertos comportamientos. La seducción, el amor no auténtico, la falsa aceptación y el despecho de los sentimientos negativos del terapeuta fueron evitados. Habíamos decidido que todo lo que tuviera riesgo de mostrar la vida bajo falsedad debía ser evitado, especialmente con las personas cuyo terror era que las fuerzas del mal, de oposición se ocultaban por todas partes. Expresando nuestra oposición abiertamente, comprobamos que los pacientes parecían más abiertos para aceptar el feedback positivo y el sostén, y que en general, daban prueba de menos resistencia a la terapia.

Comprobamos que, gracias a la división de nuestras vidas interiores, gracias a la aceptación de las declaraciones y de la vivencia de los pacientes, y a la creación de una atmósfera general de igualdad en las relaciones, en todos los dominios del programa (siendo entendido que los terapeutas habían sido reconocidos como los que sabían hacer mejor frente a las situaciones que los pacientes), el ambiente global era de cooperación, a una disminución de la resistencia, y a un sentido del respeto mutuo entre los pacientes al igual que en el equipo sanitario.

Esto, no obstante, no quiere decir que reinaba una mutualidad perfecta entre el equipo y los pacientes. La atención estuvo siempre centrada sobre el paciente y sus problemas. Cuando surgían desacuerdos entre pacientes o entre los miembros del equipo, la solución estuvo encontrada en el grupo, algunas veces con otro miembro del equipo u otro paciente para facilitar las cosas. El equipo también daba pruebas de amor e interés de sus miembros unos para otros, tanto como para los pacientes, en presencia de otros pacientes. Habíamos querido esto, viendo allí un modelo de relaciones para más tarde, con vistas a un contacto sano.

Consideramos inútil también tratar de evitar el empleo de etiquetas en el programa, ya que la inmensa mayoría de los pacientes ya conocían su diagnóstico a causa de su estancia en el hospital. Considerábamos la evitación de las etiquetas como una forma de negativa, y nuestros mismos pacientes no sólo tenían conocimiento, sino que, bromeando, se llamaban entre ellos (y hasta dirigiéndose a los miembros del equipo) "loco", "esquizofrénico", etc. Cada uno de los miembros del equipo hacía referencia con toda libertad a sus propias cuestiones y a sus propios problemas. "He aquí mi lado psicopático que se muestra", "Mi fantasma paranoide es que", "Mi viejo, lo que soy deprimido hoy", "Mi delirio favorito, es", o bien "Mi propia locura está bien para el sentido del trabajo de hoy"; era el discurso que propuse tanto para los pacientes como para el equipo. De nuestra experiencia, este uso relajado de tales etiquetas, no con el fin de poner a la gente en categorías, pero para borrar los estigmas que son atados a eso, era útil para reconstruir la estima de sí mismo entre los pacientes; también facilitó la vida a los miembros del equipo que antes habían temblado de mostrar alguna señal de comportamiento neurótico o psicopática a un supervisor.

Un uso más técnico del diagnóstico y de la información clínica fue hecho en el seno del equipo aparte de los pacientes.

CONCLUSIÓN

Todos los pacientes de nuestro programa eran esquizofrénicos. Esto no da cuenta de la riqueza de las diferencias que existían entre ellos, ni recursos que muchos de ellos ya

poseían para vivir en el mundo. Lo que aparecían tener en común, sin embargo, era un temor a vivir el contacto en el momento presente dentro de sus límites. Al contrario, estos pacientes sustituían alucinaciones, delirios, comportamiento inhabitual y retirada a una vida de contacto, lo que parecía sólo perpetuar la situación horrorosa en la cual vivían. Propusimos a estos pacientes ejercicios controlados que les permitían vivir en contacto sin peligro, nuevo y auténtico con el entorno. Lo hicimos por nuestros estímulos en un awareness del self centrado sobre el objeto, a la voluntad para poner a prueba las ideas delirantes, con el fin de ver si tenían un sentido, consagrándoseles la ocasión de reapropiarse el poder proyectado, de regresar contra sí sensaciones, de aceptar la ayuda y de desalojar las ideas introyectadas y no integradas. Comprobamos que, no sólo el uso de la Terapia Gestalt centrada sobre lo sensorial no había perjudicado a ninguno de nuestros pacientes, sino que en ciertos momentos era la aproximación terapéutica más eficaz de la que disponíamos. Estoy, por mi parte, fuertemente impresionado por la Terapia Gestalt y la flexibilidad que permite su utilización, no sólo con los clientes que recibo cada día en mi oficina, sino también con las numerosas personas apasionantes con a las que me encontré en el hospital de día de Danbury.