

Rendirse a la esperanza: el terapeuta en la situación deprimida

Jan Roubal

Artículo original en inglés:

Roubal, J. (2019). “Surrender to hope: The therapist in the depressed situation.” En: Francesetti, G., Griffero, T. (eds.). *Psychopathology and atmospheres: neither inside nor outside*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, pp. 60-101.

Traducción al castellano: David Picó Vila¹

Introducción

“Me digo a mí misma: ‘¡Qué pesado se me está haciendo esto!’ Y, en mi cabeza, le digo a mi cliente: ‘Muchacho, deberías ir a ver a una psicóloga...’ ¡Y entonces me doy cuenta de que ya está viendo a una psicóloga!... En esa situación se me acaba olvidando que la psicóloga soy yo.” Esto le ocurrió a una terapeuta en particular con un paciente deprimido, pero es una experiencia que comparten otros terapeutas², la de estar con un cliente deprimido y acabar convirtiéndose en otra persona. Se sienten como si se volvieran profesionalmente incompetentes. A veces, pueden incluso llegar a perder la empatía hacia la persona que sufre y que tienen delante. Se frustran y se irritan: “Acabo pensando que probablemente no estaría tan mal si cometiera ese suicidio del que no para de hablar... ¡Acabo pensando cosas así!”

¹ Traducido con el permiso del autor.

² N. del T.: El artículo original en inglés está escrito en un lenguaje neutro respecto al género, cosa más fácil de hacer en inglés que en castellano ya que las palabras *therapist* y *client* no tienen un género preasignado. En la traducción al castellano, al menos en esta versión, he traducido utilizando el masculino genérico porque la cantidad de veces que aparecen estas palabras hacía tremendamente farragoso buscar expresiones genéricas que no hagan uso del masculino. Quiero recalcar que, “el terapeuta” y “el cliente” se refieren a terapeutas mujeres y hombres y a clientes mujeres y hombres. Sé que este el uso estándar de la lengua castellana, pero se me hace particularmente distorsionador el sesgo que introduce en un contexto profesional en que tanto profesionales como clientes son mayoritariamente mujeres.

¿Cómo es esto posible? ¿Qué les ocurre a los terapeutas en la situación que se da con los clientes deprimidos? ¿Cómo pueden gestionar su propia experiencia de una manera que ayude al cliente que sufre depresión? El presente texto explora estas cuestiones e intenta comprender la especificidad de la propia experiencia de los terapeutas ante un cliente deprimido, desde la perspectiva de la situación presente. El texto te invita, lector, a salir de la posición individualista de terapeuta, cliente u observador, y a permitir que tu comprensión esté guiada por una perspectiva de la situación que trascienda a los individuos implicados.

Este texto presenta esta perspectiva e intenta adoptarla como una nueva interpretación del estudio de investigación cualitativa “Las experiencias en sesión de los terapeutas con clientes deprimidos: un teoría fundamentada.” (Roubal & Rihacek, 2016) Este estudio describía originalmente cómo se desarrollan las experiencias de los terapeutas con clientes deprimidos durante la sesión de terapia. Basándose en los resultados de la investigación, se explicaba después cómo afrontan los psicoterapeutas la experiencia que ellos mismos tienen cuando trabajan con clientes deprimidos (Roubal, 2015). Las citas ilustrativas que se utilizan en este capítulo están seleccionadas de entre los datos utilizados en este estudio y fueron obtenidas en entrevistas con psicoterapeutas que trabajan con clientes deprimidos. Lo que se describe aquí es la forma de organización depresiva del campo aunque, en la práctica, pueden estar también implicadas dinámicas de otros tipos, como la ansiedad o las tendencias límite, que pueden influir también en la situación.

Este escrito no pretende ser un texto educativo que proporcione un marco teórico consistente. Esos conceptos se describen en otros capítulos de este mismo libro. Este capítulo recopila más bien mi propia experiencia clínica de trabajo con clientes deprimidos en un hospital psiquiátrico y en la consulta privada, y también la exploración colaborativa sobre un enfoque de la psicopatología desde la terapia Gestalt llevado a cabo con mis queridos colegas Gianni y Michela (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013; Roubal, Francesetti & Gecele, 2017). Mi intención es mantenerme lo más cercano posible al nivel experiencial de la presencia de los terapeutas y ofrecer a los lectores mis ideas personales, surgidas de mi propia práctica, como inspiración. Por tanto, evitaré los términos teóricos en tanto que sea posible y utilizaré un lenguaje común, a menudo metafórico. Invito a los lectores a encontrar su propia forma de comprenderlo.

El texto intenta explorar la experiencia del terapeuta con un cliente deprimido desde tres perspectivas diferentes: (1) la dinámica del individuo deprimido, (2) la dinámica de la cocreación de la depresión y, (3) la dinámica de la situación depresiva en sí misma. Cada una de estas tres perspectivas se fundamenta en un paradigma del cambio en psicoterapia diferente, tal y como se detalla al final del capítulo. Cuando lea el texto que sigue, invito al lector a cambiar entre estas perspectivas para explorar el fenómeno descrito, ya que cada perspectiva ofrece una comprensión y orientaciones clínicas diferentes.

La depresión como un fenómeno relacional y de campo

En este texto nos basamos en dos suposiciones básicas. En primer lugar, los síntomas depresivos se ven como la expresión individual de una experiencia relacional específica. En segundo lugar, la situación terapéutica se entiende desde la perspectiva, holística y orientada al proceso, de la teoría de campo.

Según el primer supuesto, la depresión se comprende como un sufrimiento de la relación (Francesetti & Roubal, 2013). En la depresión hay una necesidad existencial del vínculo con otra persona, que es sentida como un anhelo esencial y fuertemente corporizado del otro. Al mismo tiempo, no se siente que el otro esté disponible emocionalmente y todo esfuerzo de alcanzarlo es desalentado por una desesperanza omnipresente. La combinación de todo esto crea un dolor que es descrito a menudo por las personas deprimidas como más doloroso que el proveniente de una lesión física.

Las personas que están en el entorno de una persona deprimida juegan un papel en los procesos depresivos; coexperimentan la depresión. El campo relacional se organiza a sí mismo de forma depresiva. Hay otras personas que participan en la cocreación de la organización depresiva del campo y al mismo tiempo son influidas por ella. Tal y como se observa a menudo, cuando se está en contacto con una persona deprimida el diálogo no tarda en ralentizarse, el tiempo se alarga y una sensación de pesadez y cansancio cae sobre las personas que hay alrededor. A su vez, estas personas que están en el entorno de la persona deprimida contribuyen también a la organización del campo depresivo. Intentan conseguir que la persona deprimida salga de su depresión, hacer que se mueva y estimular su energía. Le dicen: “Venga, que no es para tanto. Vámonos por ahí, donde quieras. Te sentirás mejor.” Pero en ese momento la persona deprimida no es capaz de que le guste nada, ni de activarse o recomponerse. Si la otra persona acaba consiguiendo sacarle, permanece encerrada en sí misma, experimentando una sensación de nuevo fracaso y de no estar satisfaciendo las expectativas del otro. Esta experiencia relacional destruye aún más su esperanza de contacto y le deprime cada vez más. Un tiempo después, la otra persona se empieza a frustrar, se siente incapaz de seguir dando ánimos y movilizar a la persona deprimida y se resigna. Buscando su propia protección, comienza a centrarse más en sus propias necesidades y a dedicarse a sus propias actividades. La persona deprimida experimenta esto entonces como un nuevo abandono, que le deprime aún más.

Los terapeutas que están en presencia de un cliente deprimido se convierten en una parte de este campo que se organiza de forma relacionalmente depresiva. Participan en su creación y lo experimentan ellos mismos. En la situación terapéutica no pueden quedarse fuera de la relación. No es un contacto entre un profesional distante funcionalmente sano y un cliente trastornado depresivamente. La depresión se da en la relación en el aquí y ahora de la situación de terapia. El terapeuta es el “otro” que está presente para el cliente en ese momento concreto y, al mismo tiempo, representa la experiencia del otro en la vida del cliente en general: uno otro que es anhelado y al mismo tiempo resulta inalcanzable en la

depresión. Terapeuta y cliente, en cierto sentido, “se deprimen juntos” (Roubal, 2007), ya que ambos toman parte del círculo vicioso de la depresión, en el cual la falta de energía les impide establecer un contacto satisfactorio y mutuamente energizante que les aporte la experiencia vital de sentirse el uno con el otro. Ambas partes participan en procesos distorsionados de contacto al desapegarse del tejido que conecta a las personas al mundo y a la vida, constantemente cocreado en el “entre” (Francesetti & Roubal, 2013).

Sin embargo, el paso de una psicopatología unipersonal a una psicopatología relacional y cocreada es solo el primero. En este texto planteamos una segunda suposición fundamental que va más allá del paradigma de la cocreación. Las experiencias de los terapeutas vienen descritas desde una perspectiva que proviene de mi propia comprensión actual de la teoría de campo como una manera de percibir la situación completa (Lewin, 1952), actualmente definida en la teoría de la terapia Gestalt más específicamente con el concepto de situación (ver, por ejemplo, Wollants, 2007; Robine, 2011; Spagnuolo-Lobb, 2013; Francesetti, 2015).

Estamos dando por supuesto que en el encuentro entre las personas aparece algo nuevo que trasciende a las personas implicadas. El todo de la situación es más que la suma de las personas que se encuentran unas con otras. Es más, la situación está siempre cambiando de un momento al siguiente. Este cambio constante, el flujo de la situación, sigue su propia dinámica y las personas involucradas son transformadas por él; ellas mismas están en función de la situación. En nuestro caso, tanto cliente como terapeuta están en función de la situación depresiva y, por tanto, la experiencia que vive el terapeuta nos puede proporcionar una comprensión y una visión directas de la dinámica de la situación. Más aún, nos ofrece pistas sobre cómo puede sanarse el sufrimiento relacional.

Este enfoque relacional de la psicopatología proporciona la base teórica para todo este escrito. Cuando, más adelante, use la expresión “cliente deprimido” será una manera de abreviar. Lo que pretende caracterizar es a una persona que, como función del campo situacional del aquí y ahora, es organizada de una forma deprimida, experimenta el sufrimiento de la relación y muestra un sufrimiento corporal observable como síntomas depresivos.

El remolino de la situación depresiva

Una situación sana fluye de una forma natural que posibilita que se satisfagan las necesidades relacionales de las personas que participan en la situación. El proceso de la situación permite a cada participante ser visto por las otras personas, expresarse ante los demás, recibir su respuesta y experimentar la energía que se genera en un contacto mutuo vivo. La situación se asienta en el aquí y ahora y apunta de forma natural hacia el momento siguiente. Las necesidades relacionales de los participantes alimentan ese flujo, lo canalizan y le dan dirección. Esto permite que la situación discurra de una forma suave y natural hacia el siguiente aquí y ahora.

En la depresión, este fluir natural de la situación está bloqueado o, más bien, distorsionado de una manera específica. La fuerza de las necesidades relacionales sigue presente pero el otro resulta inalcanzable. La manera en la que la situación fluye no permite encontrarse con el otro sino que, más bien, ahonda el abismo entre las personas. El flujo gira como un remolino y crea una oquedad cada vez más profunda; la situación se deprime cada vez más. ¿Qué características tiene la dinámica de este remolino?

En primer lugar, una característica de la depresión es un movimiento hacia abajo. Las personas “se hunden” en un agujero, “caen” en una depresión, y la caída afecta a todos los aspectos de sus vidas. Hay una bajada del estado de ánimo y la energía, una pérdida de la iniciativa y la alegría. Sin embargo, no solamente hay un movimiento de caída. Un segundo componente es también una restricción, un estrechamiento. Las actividades y contactos se restringen, la dimensión de las estrategias de afrontamiento se reduce. En tercer lugar se da un movimiento cíclico, a menudo descrito como un *círculo vicioso* desde la perspectiva de diferentes enfoques psicoterapéuticos. La capacidad menguante de la persona deprimida para hacer frente a sus propios procesos físicos y mentales, así como a las demandas externas, conduce a fracasos cada vez más frecuentes y, consecuentemente, a una profundización del estado depresivo y una disminución aún mayor de la capacidad de la persona. Cuando contemplamos juntos estos tres tipos de movimientos (la caída, el estrechamiento y el dar vueltas en un círculo vicioso) obtenemos una imagen del “remolino de la depresión”, que distorsiona el fluir natural de la situación y conforma la dinámica de la situación depresiva.

El terapeuta se hunde

El remolino también succiona a los terapeutas. Dudan de sí mismos, experimentan sentimientos de fracaso, desvalimiento y desesperanza, y una sensación general de torpeza y desaliento. Pierden la capacidad de diferenciar su propia experiencia de la de sus clientes; pierden una perspectiva más amplia. En general, sienten que ellos mismos caen en una experiencia depresiva: *“Lo que me ocurre (...) es que acabo cayendo yo también. Me hundo. Me digo a mí misma: ‘Esto es de una desesperanza terrible. No me extraña nada que no haya salida.’”*

Los terapeutas experimentan tristeza, ansiedad, vacío, miedo por el cliente y miedo a su propio fracaso. Sus experiencia se fusiona con la experiencia de sus clientes y, así, ellos mismos experimentan síntomas depresivos. Se notan menos capaces de pensar con claridad y concentrarse. A nivel corporal, sienten rigidez, pesadez, debilidad y agotamiento: *“Cuando me siento con él ahí, siento un cansancio terrible. (...) Como si no pudiera ni levantar una mano.”* Los terapeutas se sienten sobrepasados por un sentimiento de desesperanza: *“Nada significa nada, y nada funciona.”* Todas estas experiencias que sienten los terapeutas reflejan la pérdida de fuerza que produce el remolino de la situación depresiva.

Los terapeutas no son los únicos que sienten que el remolino de la situación depresiva les hunde. Es una experiencia común entre las otras personas que se encuentran con la persona deprimida. Un fenómeno que se ha estudiado profusamente en diferentes poblaciones y contextos, el llamado “carácter contagioso de la depresión” (Coyne, 1976a; Joiner & Katz, 1999), describe la aparición de expresiones emocionales y conductuales de depresión, como estado de ánimo bajo, melancolía, anhedonia, pesimismo, etc., en las personas que están en presencia de personas deprimidas. Los signos de depresión se registran incluso tras un contacto corto, y a menudo indirecto, con una persona deprimida, y el “carácter contagioso de la depresión” aparece en relaciones más largas, como compañeros de piso o parejas íntimas.

La descripción metafórica que supone decir que la depresión tiene un “carácter contagioso” es otra forma de representar el potencial para el hundimiento que tiene el remolino de la depresión. Desde una perspectiva situacional, no parece que el contagio se dé como una transmisión desde la persona deprimida hacia la otra. Más bien, la situación depresiva es contagiosa para todos los que participan de ella. Habitualmente podemos observar cómo las conversaciones con personas deprimidas se ralentizan enseguida, cómo el tiempo parece arrastrarse, y la pesadez y el cansancio caen sobre las personas que están cerca. El campo relacional se organiza de una forma depresiva que se puede observar en las experiencias de las personas que están implicadas en la situación.

El terapeuta intenta escapar

El remolino de la depresión no sólo produce una experiencia de hundimiento en las personas. Éstas también intentan contrarrestar su fuerza y escapar de él. Esto podría ser una explicación de por qué se han identificado dos reacciones interpersonales polares básicas entre las elicitadas por el encuentro con una persona deprimida: la inducción de un estado de ánimo deprimido y el rechazo (Coyne, 1976b). La literatura psicoterapéutica describe una amplia gama de reacciones interpersonales habituales en el terapeuta que trabaja con clientes deprimidos, desde sentirse “succionado” a estar “enfadado” o “molesto” (Levenson, 2013). A menudo se conceptualizan los diferentes tipos de experiencias del terapeuta como polares. Hay una tensión básica entre la posición profesional de los terapeutas y su respuesta emocional personal ante la persona que sufre. Los sentimientos negativos de los terapeutas, como la frustración, el aburrimiento, el miedo, la ira o el odio, se describen como “fuerzas que apartan a los terapeutas de su ideal profesional” (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, p. 4). Hay buenas razones para que aparezca esta reacción autoprotectora de los terapeutas. Una observación clínica que comparten muchos psicoterapeutas, hasta el punto de que se ha convertido en parte de los manuales de psiquiatría, advierte de que trabajar con un paciente deprimido puede llevar a los propios terapeutas a un tipo de estado de ánimo bajo y que deben tener la precaución de no dejarse caer en él en exceso (Rahn & Mahnkopf, 1999).

Los terapeutas que están expuestos a los potentes estados emocionales depresivos de los clientes no suelen estar bien preparados para esto. A menudo han estado formados en la apertura terapéutica y en una postura empática, pero no en protegerse de las experiencias vicarias. Dudar sobre sí mismos o mantener sentimientos cálidos hacia clientes que son incapaces de responder a ellos debido a su depresión son ejemplos de experiencias que cargan a los terapeutas y pueden destrozar progresivamente su entusiasmo por su trabajo y su bienestar de una forma imperceptible. Los terapeutas “miran su reloj cada 5 minutos esperando que se acabe la hora mientras están sentados con un cliente metido en sí mismo que apenas reconoce su presencia, se pueden volver autocríticos, pueden sentirse inadecuados y arrepentirse de haber elegido una profesión que les fuerza a subordinar sus propias necesidades a las de otro” (Wolf, Goldfried and Muran, 2013, p. 5). El desvalimiento y la desesperanza de un cliente deprimido se reconoce específicamente como un disparador de fuertes reacciones negativas en su terapeuta (Levenson, 2013). El terapeuta puede entonces acabar capturado por sus emociones negativas y percibirse a sí mismo como impotente, lo que puede llevar a terapeutas noveles a dudar de su idoneidad profesional, y a profesionales experimentados al cinismo y al desánimo sobre su propia eficacia (Wolf, Goldfried & Muran, 2013).

Trabajar con clientes deprimidos puede, no solo erosionar la confianza de los terapeutas en su profesionalidad, sino ponerlos personalmente en peligro. Los “sanadores heridos”, psicoterapeutas con historias personales de hospitalización psiquiátrica, experimentan, entre otras reacciones, diferentes grados de identificación con sus clientes (Cain, 2000). Hay estudios de investigación que muestran que los clientes deprimidos y desanimados tienen un impacto significativo en el estrés de los terapeutas (Deutsch, 1984). Las experiencias negativas con clientes difíciles son un factor de riesgo de distrés profesional y síndrome de *burnout* (Jenaro, Flore & Arias, 2007). Los clientes deprimidos han sido también calificados como los evocadores del mayor grado de depresión en los propios terapeutas (Brody & Farber, 1996). Por tanto, se puede considerar que los terapeutas son trabajadores de riesgo que corren el peligro de deprimirse ellos mismos, lo cual es una de las formas más comunes de crisis profesional entre los psicoterapeutas (Gilroy, Murra & Carroll, 2002).

Hay numerosos estudios que muestran repetidamente cómo las personas deprimidas evocan en los demás reacciones de rechazo o incluso hostiles (léase, por ejemplo, Gotlib & Robinson, 1982; Gurtman, Martin & Hintzman, 1990; Marks & Hammen, 1982; Paukert, Pettit & Amacker, 2008; Strack & Coyne, 1983; Winer et al., 1981; Gurtman, 1986). Los terapeutas, que, por supuesto, están presentes en la situación terapéutica como seres humanos, no pueden evitar experimentar estas reacciones automáticas humanas de autoprotección cuando se sienten en peligro de ser succionados por el remolino de la depresión.

Los resultados de investigación mencionados describen los fenómenos depresivos desde la perspectiva de una psicología unipersonal, que explora la forma en la que el cliente

deprimido influye en el terapeuta. Las reacciones de los terapeutas se pueden entender como respuestas humanas naturales. Sin embargo, si observamos esto desde una perspectiva relacional podemos ver también que cuando los terapeutas reaccionan así participan de la cocreación de las experiencias depresivas, ya que ellos mismos se desconectan y, con ello, apoyan la experiencia de desesperanza de que el otro no es alcanzable. Haciendo esto, los terapeutas cocrean los fenómenos experienciales relacionales y se deprimen junto a sus clientes en el aquí y ahora de la situación terapéutica.

Los resultados de investigación que mencionamos se pueden leer también desde la perspectiva de la teoría de campo. Los terapeutas no solo contribuyen a la organización del campo depresivo mediante sus propias reacciones humanas naturales. Desde la perspectiva de la teoría de campo, sus experiencias se pueden ver, no como reacciones a sus clientes, sino más bien como parte del funcionamiento del remolino de la situación depresiva. La situación deprime tanto al cliente como al terapeuta. Sus experiencias reflejan cómo se sienten llevados ambos por la situación. Al mismo tiempo, esas experiencias juegan un papel importante a la hora de distorsionar el flujo natural de la situación y, por tanto, contribuyen a mantener el remolino depresivo.

Intervenciones que protegen al terapeuta

Hasta aquí hemos estado considerando las emociones y experiencias corporales de los terapeutas, pero ¿cuáles son sus conductas? ¿Qué hacen los terapeutas en una situación depresiva? Hemos explorado la naturaleza polar de, por un lado, la experiencia de sentir que se hunden y, por otro, sus esfuerzos por protegerse. Pero ¿cómo se polariza su comportamiento también como reflejo de estas experiencias?

Por un lado, hay una *pasividad que resulta en agresividad*. Los terapeutas pueden adoptar una actitud pasiva en presencia de un cliente deprimido, sobrepasados por el sentimiento de impotencia. Sin embargo, tras un cierto tiempo esto se les torna insoportable. Sienten una necesidad autoprotectora de diferenciarse de la experiencia de sus clientes: “*Me decía a mi mismo: ‘Dios mío, que no me vuelva yo así.’*” La experiencia del cliente les parece incomprensible o la minusvaloran: “*Me parece irreal que exista algo así [este estado mental]. Me parece totalmente inverosímil.*”

Los terapeutas entonces se impacientan y se frustran. “*Estoy enfadada con él, me dan ganas de darle una patada [para que se mueva].*” Se enojan e, implícitamente, empiezan a culpar a sus clientes de sus propios fallos: “*Siento algo así como un enfado. Estoy muy enfadado. (...) La inmovilidad, la inercia [me enfadan]. [Es] como si dirigieras tu llamada a un agujero negro.*” La percepción que tienen de sus clientes se estrecha, se deshumaniza. Empiezan a ver a sus clientes únicamente como portadores de síntomas que, además, se resisten a cambiar conforme a las expectativas de sus terapeutas: “*Es como si me dieran ganas de decirle [al cliente]: ‘¡Solo con que quisieras un poco y lo intentaras un poco más sería posible! Esto es lo que me evoca.’*”

Pueden decidir entonces finalizar la terapia porque les empieza a parecer inútil. Sienten una tendencia a evitar el contacto con el cliente y valoran la posibilidad de derivarlo a otro experto más competente. Sienten la responsabilidad de promover más cambios en el cliente pero no ven posible que estos cambios se den realmente. Pueden culpar al cliente por no estar motivado para cambiar ni lo más mínimo. O, quizá, pueden culparse a sí mismos por no ser lo suficientemente competentes como para ayudar a un cliente tan difícil. En ambos casos, la sensación insoportable de impotencia se gestiona con una conducta que resulta agresiva, bien hacia el cliente, bien hacia el terapeuta. Este comportamiento puede servir bien como protección para el terapeuta, pero al cliente solo le confirma su experiencia del círculo vicioso relacional.

El otro polo de esta pasividad que acaba resultando agresiva es, por parte del terapeuta, el desarrollo de una dura *actividad que se acaba convirtiendo en resignación*. Los terapeutas, para protegerse, no se exponen personalmente. Adoptan una posición más segura de experto, experiencialmente más desapegado. En lugar de estar con la persona que sufre, se centran en los síntomas de la depresión de su cliente. Esto les aporta una sensación de distancia que les permite huir del hundimiento emocional que produce el remolino de la situación depresiva. Se activan, adoptan un enfoque terapéutico más directivo, dan consejos prácticos a sus clientes e intentan ayudarles a solucionar sus problemas: *“Me tienta a buscar una solución.”* Los terapeutas se esfuerzan por buscar un tratamiento efectivo de los síntomas depresivos y asumen la responsabilidad de producir el cambio en el cliente.

Aunque los terapeutas intentan cambiar los síntomas de la depresión del cliente para ayudarle, lo que hacen en realidad es ayudarse a sí mismos. Una intervención activa les ayuda a escapar del atrapamiento en sentimientos de impotencia: *“Esta persona me activa. Me pongo muy activo inmediatamente. Empiezo a inventarme cosas, se me empiezan a ocurrir muchas sugerencias y empiezo a cuidarle. (...) Sé que es casi una especie de trampa en la que puedo caer. Hacer esto me resulta más fácil que quedarme con él [en la depresión].”*

Los terapeutas intentan insuflar optimismo a sus clientes, tratan de cambiar la actitud que tienen estos hacia sí mismos y hacia el mundo que les rodea, intentan desviarlos de su experiencia depresiva actual y centrarlos en aspectos agradables y positivos de la vida, y procuran valorar las cualidades y el potencial de sus clientes. Más adelante, se dan cuenta de que estas intervenciones han servido para ayudarles a ellos mismos a manejar su propia experiencia: *“Siento esa pesadez (...) e intento mostrarle (...) que realmente el mero hecho de que viniera aquí era significativo, que por lo menos está haciendo algo. Muchas veces me he dado cuenta de que, en ese momento, esto lo hago más bien por mí.”*

Al hacer esto, los terapeutas contribuyen aún más a mantener el círculo vicioso de la depresión y apoyan el remolino de la situación depresiva. Se polarizan contra la experiencia depresiva de sus clientes: *“Una especie de potencial movilizador (...) comienza recorrerme de una forma más o menos automática. Cuanto más sombría es la persona, más feroz es la*

movilización que siento.” Esto funciona también al revés. Cuando más se moviliza el terapeuta, más sobrio se vuelve el paciente.

Es por esto que las intervenciones de este tipo no aportan un efecto terapéutico a la sesión. Los esfuerzos del terapeuta por cambiar los síntomas de la depresión de su cliente parecen infructuosos por el momento. Los ánimos, la actividad y el enfoque optimista no conducen a un cambio y el terapeuta se decepciona con los resultados de sus esfuerzos. Los clientes no cambian acorde a las expectativas de sus terapeutas. Sigue deprimidos, inmersos en sus sentimientos de vacío, resignación y desesperanza. Los terapeutas describen su trabajo como el de *“empujar en un sitio donde el camino está cerrado.”* La situación terapéutica se atasca y los clientes se *“fossilizan... en los mismos temas cíclicos y en las mismas secuencias repetitivas: nada significa nada, nunca se podrá librar de esto [de la depresión], no hay ninguna alegría en el mundo...”* Los terapeutas acaban resignándose desesperanzados y se hunden de nuevo en el remolino de la situación depresiva, más agotados esta vez tras sus intentos infructuosos de cambiar los síntomas de la depresión.

Los terapeutas experimentan en contacto con el cliente deprimido los patrones relacionales generales que acabamos de describir. Desde la perspectiva de la teoría de campo, los terapeutas se encuentran con que la dinámica de la situación depresiva les define y, al mismo tiempo, ellos se convierten en una parte de su funcionamiento. Una perspectiva así aporta una nueva forma muy importante de comprender las experiencias de los terapeutas. En cierta manera, estos patrones que llevan al terapeuta a sentir impotencia, desesperanza y agotamiento indican también que está realmente presente como persona de forma genuina. Es una señal de que el anhelo de vínculo del cliente desesperado ha tenido éxito en atravesar la coraza de habilidades profesionales del terapeuta y su máscara autoprotectora de experto; ha conseguido apelar al corazón vivo del otro. Si entendemos el sufrimiento del paciente deprimido como una expresión del anhelo del otro, podemos ver también la impotencia del terapeuta como una expresión de que este anhelo ha sido escuchado. Como recalcamos antes, la ayuda en psicoterapia funciona desde esta perspectiva de una manera paradójica. Las intervenciones activas de los terapeutas les sirven a estos para huir de la impotencia que sienten, mientras que la impotencia de los terapeutas sirve a los clientes deprimidos como una forma de sentir que sus terapeutas están genuinamente con ellos.

Contramovimiento de la mente

En una situación sana, algo esencial es el fluir natural del aquí y ahora hacia lo siguiente. En la depresión este flujo natural de la situación se bloquea y se distorsiona. La situación se atasca. Sin embargo, el flujo sigue estando presente con toda su potencia pero se mueve en un círculo vicioso cada vez más estrecho que cava un agujero cada vez más profundo, una depresión.

¿Qué bloquea y distorsiona el fluir de la situación? Si buscamos una respuesta a esta pregunta, podemos hallar una pista en el fuerte anhelo de relación con el otro que aporta la propia experiencia de estar vivo. En la situación hay un temor de que esa experiencia nunca ocurrirá. Es un temor existencial, fuertemente corporizado, un miedo a estar totalmente solo en un mundo que está muerto, intacto, vacío. Es la pesadilla de un recién nacido, que se descubre llevado a un abismo frío y muerto y abandonado allí.

En una situación sana, ese abismo está también presente como una polaridad potencial, como extremo contrario al potencial encuentro con el otro. La posibilidad del abandono total está siempre presente, pero normalmente está tapada misericordiosamente por una postura esperanzadora de modo que los participantes en la situación la experimentan sólo mediante agarrones ocasionales y más leves de ansiedad existencial.

Sin embargo, en la depresión la esperanza no está presente y, por tanto, no protege de experimentar el abismo existencial a los participantes de la situación. La experiencia se antoja entonces demasiado peligrosa, ya que confronta a las personas implicadas con la posibilidad real de que los fundamentos mismos de la experiencia relacional humana desaparezcan. El peligro existencial en el que nos coloca es de tal profundidad, y nos evoca tal horror extremo, que afrontarlo directamente parece imposible. Así, la situación fluye apartándose de enfrentar este horror. Se organiza en una suerte de ajuste creativo que permite una evitación de la experiencia directa del abismo. El flujo de la situación se distorsiona hasta convertirse en el remolino de la depresión que describimos en párrafos anteriores.

Sin embargo, como resultado de esto, el esfuerzo de evitar el horror de un abandono y alejarse del abismo conduce, paradójicamente, al abandono que provoca el remolino de la depresión. Este círculo vicioso desesperado que se da en la situación se expresa en los síntomas depresivos y también lo experimenta el terapeuta.

El impulso natural de los terapeutas es ayudar a las personas que sufren y brindarles, al menos, algún alivio. En los dos tipos de reacciones conductuales que hemos descrito antes, la pasividad que conduce a agresividad y la actividad que lleva a la resignación, los terapeutas se sienten responsables del cambio, del resultado de la terapia, de ayudar a la persona sufre que tienen ante sí. Es esta sensación de responsabilidad la que les mantiene en el patrón del círculo vicioso depresivo. Los terapeutas, o bien depositan esta responsabilidad sobre sí mismos y con ello ellos mismos se frustran, o bien ponen la responsabilidad en sus clientes y con ello acaban sintiendo que son los clientes los que les frustran. En cualquier caso, la frustración se maneja mediante una conducta agresiva que conduce a desapegarse del cliente.

Es exactamente en este punto en el que el concepto de situación puede ofrecer una esperanza. Si consideramos que la situación posee su propia dinámica, esto nos libera de la responsabilidad del resultado. Al mismo tiempo nos permite permanecer en el proceso de la situación y fluir con ella. El flujo natural de la situación está distorsionado, sin embargo

sigue presente y subyace como un potencial de la situación. Es más, el sufrimiento de la relación nos brinda pistas sobre cómo liberar este potencial. Adoptar una perspectiva así retira de nuestros hombros la responsabilidad del resultado. Establecer un punto de vista paradójico por el que no nos sentimos responsables de ayudar al otro al tiempo que sí respondemos a su anhelo relacional existencial nos ofrece el primer paso para salir del remolino de la situación depresiva. Los terapeutas necesitan abandonar sus expectativas y mantener la esperanza. Necesitan rendirse al “entre” (Yontef, 1993) y seguir la “sabiduría” oculta de la situación.

Un enfoque así no debe confundirse con la pasividad. Es un estado activo de presencia genuina y responsiva sin expectativas hacia el otro o hacia uno mismo. La práctica de un encuentro dialogal que no apunte a un objetivo (Yontef, 1993) es especialmente demandante en una situación depresiva, porque requiere de una rebelión corporizada contra los impulsos naturales de supervivencia, esos impulsos que llevan tanto al cliente como al terapeuta a intentar evitar el horror de ser abandonados en el abismo por todas las formas posibles.

Como mencioné antes, los impulsos de supervivencia fortalecen paradójicamente el remolino de la depresión. Para cambiar esto hace falta también un enfoque paradójico. El movimiento aparentemente antinatural de acercarse al horror, incluso meterse en él, es una forma de redirigir la fuerza de la situación para que, en vez de ahondar la depresión, disuelva gradualmente el obstáculo que bloquea el fluir natural. Para poder sobrevivir es necesario actuar en contra de los impulsos de supervivencia. Este contramovimiento es tremendamente exigente e implica hacer frente y penetrar un miedo profundamente corporizado. El cliente está demasiado exhausto por su sufrimiento prolongado como para moverse de esta forma. Los terapeutas lo tienen que hacer antes. Necesitan hacer frente al temor para poder alentar a sus clientes y ofrecerles la experiencia de que es posible sobrevivir a un movimiento así de peligroso y antinatural contra los impulsos de supervivencia. Los terapeutas necesitan, por tanto, comenzar por su propia mente, haciendo un movimiento mental que contradice la dirección en que les llevarían sus instintos naturales. Al realizar este contramovimiento mental cambian la forma en la que están con sus clientes.

Rendirse y mantener la esperanza

El movimiento mental más importante parece que es el separar la esperanza de la expectativa. Un movimiento así puede tener lugar en algún momento del encuentro, cuando el terapeuta llega a un punto de inflexión en el que admite que sus esfuerzos para aliviar al cliente de los síntomas de la depresión no están teniendo éxito. Se siente agotado y frustrado por intentar en vano cambiar los síntomas, algo que por el momento resulta imposible.

Es exactamente en este momento cuando la propia situación les ofrece generosamente una pista de cuál es el enfoque que resulta apropiado. Tienen que abandonar

las expectativas de que el cliente pueda cambiar algo activamente para estar menos deprimido y también de que ellos puedan ayudar al cliente a estar menos deprimido. La propia dinámica de la situación, que ellos mismos han experimentado como agotamiento, frustración, impotencia, desesperanza, les lleva delicadamente a dejar de luchar y reconciliarse con las posibilidades limitadas que tienen realmente el cliente y la situación terapéutica. La situación les invita a aceptar la realidad del estado de su cliente y a cambiar su enfoque terapéutico: *“Me doy cuenta (...) de que mi precipitación, o mi rapidez, o la pesadez, me llevan a querer ser rápido y exigente... Así que [lo cambio y] me quedo ahí sin más (...) Me vuelvo a quedar más callado (...) ajustándome a su velocidad.”*

Los terapeutas abandonan sus expectativas y esto les permite abandonar el rol del experto responsable de producir el cambio y abre su capacidad de experimentar realmente la presencia del otro que está ante ellos: *“Dejo de incitarlo a que se mueva, y en lugar de eso me uno a él.”* También les permite estar ahí, realmente presentes para el otro como seres humanos, desnudos del rol de expertos en ayuda y desprotegidos sin habilidades terapéuticas: *“Me puedo sentar con ella, pero no puedo ayudarle.”* En vez de centrarse en los síntomas, los terapeutas pueden recurrir a la relación: *“Me uno a ella. Realmente nada mejora, no vamos a llegar a ninguna solución, no vamos a llegar a nada [nuevo], pero puede tener lugar un contacto de algún tipo. Estoy con ella.”*

Los terapeutas mantienen la tensión interior entre la tendencia natural a protegerse, por un lado, y su responsabilidad profesional, por otro. Ya no se responsabilizan del resultado de la sesión de terapia, ni tampoco responsabilizan al cliente. Pueden verse guiados por el flujo de la situación misma, confiando en la corriente de la vida (Yontef, 1993), que les alivia y hace que su trabajo vuelva a tener un significado personal para ellos: *“Fue un alivio... fue realmente un alivio sentir la sensación de que eso [cambiar los síntomas depresivos] no es una especie de deber. (...) Que, para ella, [simplemente] nuestro encuentro en sí mismo (...) tiene un efecto positivo (...) Esto realmente me ha ayudado.”* De esta manera, los terapeutas escapan experiencialmente del remolino de la depresión. Pueden comenzar a percibir de nuevo la situación como algo significativo. Encontrar un significado le permite escapar de la influencia paralizante de la desesperanza. Experimentan una libertad que les permite soportar la situación depresiva sin expectativas y estar, así, disponibles para el otro, abriendo una posibilidad de encontrarse con el cliente.

Esto es precioso, pues abre la puerta a que lleguen momentos muy deseados en los que el cliente puede experimentar también la verdadera presencia del otro. En estos momentos se libera el potencial que tiene la situación para permitir un flujo natural, que aporta un tremendo alivio. Este alivio se percibe como una experiencia corporizada. El cuerpo del terapeuta refleja cómo se ha liberado el flujo de la situación, y esto, a su vez, le apoya y le permite resistir la succión del remolino depresivo: *“Bueno, tengo la sensación de que...Empiezo a percibirlo todo de una forma un poco más significativa y, de alguna manera, puedo ver a la persona a pesar de todo. Me ayuda que no solo hay oscuridad sino también algo vivo. ¡Algo realmente vivo! [Me ayuda] que no solo hay ‘muerte’ (...) [sino*

también] vida... Cuando me acerqué a ella, no solo sentí su depresión sino también a ella como ser.”

Sin embargo, la situación dista de ser fácil. De hecho, puede haber muy poco cambio observable. Los terapeutas experimentan una ambivalencia. Sienten alivio cuando cesan en un esfuerzo que es improductivo, pero siguen metidos en una experiencia con el paciente que es desagradable: *“Era como estar firmemente anclado en tierra. Te sientas, dejas de atascarte en una actividad de algún tipo y simplemente te sientas. Por un lado, esto te alivia de la actividad, pero por otro lado, sigues metido en algo desagradable.”* Hasta este momento las diferencias se han dado principalmente en la mente del terapeuta. Aunque sea invisible, este cambio de mentalidad establece una base esencial para se pueda dar un cambio en la situación misma. Los terapeutas están presentes en la situación depresiva de otra forma porque se sintonizan con la intencionalidad de la situación, y así se transforma la manera en la que están presentes. Los terapeutas no cambian la situación, pero proporcionándose un apoyo a sí mismos se liberan en ella, dejan de limitarse por el miedo a hundirse. Esta posición liberada les facilita percibir la potencialidad oculta que subyace al flujo natural de la situación y les permite ser cambiados por ella. De esta manera, su forma distinta de estar presentes construye una base para la restauración del flujo de la situación.

No espantar a la esperanza con optimismo

Después de establecer una base para el cambio, como acabamos de describir, los terapeutas pueden apoyar el restablecimiento del flujo natural de la situación. No empujan el río, no se esfuerzan por cambiar la depresión. En lugar de eso, invitan al cambio, lo atraen. ¿Cómo se puede hacer esto?

Hay una reacción instintiva ante el horror: darle la espalda y correr tan rápido como uno pueda. Por útil que sea esto en muchas situaciones de la vida, cuando los terapeutas se enfrentan al horror del abismo depresivo tienen que hacer exactamente lo contrario. Necesitan llevar a cabo una especie de contramovimiento, enfrentar el horror y moverse lentamente hacia él. Este contramovimiento puede dividirse en dos partes. La primera parte se da en la mente del terapeuta, como hemos explicado antes. La segunda parte, conductual, se basa en restringir su propia tendencia a actuar rápidamente.

En la primera parte mental del contramovimiento, los terapeutas se enfrentan al horror de la situación depresiva al experimentar ellos mismos sentimientos de impotencia, desesperanza y agotamiento. Al enfrentarse al abismo, establecen una base esencial para el cambio porque comienzan así a erosionar el patrón fijo que organiza a la situación. No se dejan llevar por dos reacciones básicas polares que son habituales ante una persona deprimida, la inducción de un estado de ánimo deprimido y el rechazo (Coyne, 1976b), reacciones que potencian el remolino de la depresión en las relaciones que se dan fuera de la situación de terapia.

Los terapeutas no reaccionan de ninguna de estas maneras habituales. Hacen, en cambio, lo que parece más antinatural y peligroso en la situación de depresión: permanecen abiertos y perceptivos. Los terapeutas no siguen su primer impulso, que es evocado por el miedo al abismo y el deseo de cambiar la situación: *“Me tienta a buscar una solución.”* Es un impulso que contribuiría a fijar la organización del campo. En lugar de eso, no reaccionan sino que esperan a que aparezca en ellos un segundo impulso.

A diferencia del primer impulso, el segundo puede proporcionar una información percibida experiencialmente sobre la necesidad relacional insatisfecha del cliente (Evans, Gilbert, 2005). Además, ofrece una invitación a los terapeutas para que participen en la satisfacción de esa necesidad. Así, lo que hace falta es que los terapeutas permitan que la primera ola de sus propias emociones se pase, que soporten la impotencia, y que esperen a lo siguiente que aparezca en su proceso experiencial. El segundo impulso, que aparece entonces, es extremadamente valioso porque muestra el camino de salida del remolino de la depresión, el camino que permite que se restaure el flujo natural de la situación. Este camino no lo inventa el terapeuta, y tampoco el cliente, sino que lo proporciona la situación misma.

Los terapeutas esperan a la segunda ola de la experiencia, que se basa en la aceptación de la situación. *“Realmente nada mejora, no vamos a llegar a ninguna solución, no vamos a llegar a nada [nuevo], pero puede tener lugar un contacto de algún tipo. Estoy con ella.”* Podemos entender este proceso desde la perspectiva de la teoría paradójica del cambio (Beisser, 1970). Cuando los terapeutas se esfuerzan por cambiar la depresión lo que hacen, paradójicamente, es perpetuar la organización depresiva del cambio.

No interponerse en el camino del cambio

¿Qué nos ayuda a afrontar nuestras propias experiencias cuando trabajamos con clientes deprimidos? Lo más importante es, simplemente, soportarlo. *“En ese momento es difícil aguantar. Aguantar cuando sabes que, de hecho... no puedes hacer nada. No puedo trabajar con él nada en concreto. La cosa va solo de estar ahí con él. Solo soportar estar ahí con él como buenamente puedo.”* Esto requiere una competencia especial para manejar lo desconocido que consiste fundamentalmente en el coraje de permanecer en la incertidumbre (Melnick & Nevis, 2006). Los terapeutas utilizan diferentes estrategias para poder afrontar su primer impulso instintivo sin actuarlo. En nuestro estudio cualitativo (Ebertová, 2016) identificamos varias estrategias de afrontamiento de este estilo, tales como conceptualizar la situación en un contexto más amplio, centrarse en las propias necesidades del terapeuta, enraizarse físicamente, ralentizar, o darse cuenta de los límites de la propia responsabilidad del terapeuta. Proporcionaré a continuación algunos ejemplos de cómo se utilizan estas estrategias.

La forma en que se organiza la situación depresiva afecta a la percepción tanto del cliente como del terapeuta. Las dificultades pueden tomar unas dimensiones monstruosas,

puede parecer que la depresión no acabará jamás, pero cuando los terapeutas se permiten también percibir un contexto más amplio, comienza a hacer aparición una imagen distinta. La parte más profunda de un episodio depresivo puede durar, por ejemplo, dos meses. Obviamente, este es un tiempo largo para el cliente, pero para el terapeuta puede implicar unas ocho sesiones. Esto es soportable, no es infinito. Cuando los terapeutas ponen la situación en un contexto espaciotemporal más amplio pueden darse cuenta del hecho, que aunque obvio había sido ocultado en el fondo por el remolino de la depresión, de que la sesión terapéutica no durará eternamente y que la experiencia exigente se acabará a una cierta hora. Se dan cuenta de que tienen la capacidad de soportar el estar realmente presentes con sus clientes en el aquí y ahora durante un tiempo limitado, y que saldrán del campo depresivo cuando la sesión acabe. *“Tengo el poder de hacer que la sesión termine y deje de ser el aquí y ahora de la persona. Porque [sé que] para mí acabará entonces [cuando acabe la sesión].”* Los terapeutas se percatan de un contexto más amplio de la realidad: estamos una sala de terapia en donde nos encontramos como terapeuta y cliente durante el tiempo limitado de una sesión terapéutica. De esta manera dejan de compartir la percepción distorsionada de la situación que tienen los clientes en la que el tiempo y el espacio se desvanecen en el remolino de la depresión (Francesetti & Roubal, 2013) y trasladan la sensación de flujo temporal que hay en el fondo de la situación al primer plano.

Los terapeutas se pueden anclar en una “tercera parte” (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013) y apoyarse en su conocimiento teórico de la depresión. Pueden recordar lo que les ayudó en la terapia con otros clientes deprimidos. Se dan cuenta de que ya han manejado situaciones similares con anterioridad y que ahora también tendrán la capacidad de soportarlo. Para los terapeutas es útil conceptualizar la situación. Crean un concepto significativo que les ayuda a comprender la situación actual. Se percatan, por ejemplo, de que el cliente ha comentado a tomar antidepresivos y que la tarea del terapeuta está limitada, de momento, a complementar este tratamiento y apoyar al cliente hasta que los antidepresivos hagan efecto. Más adelante, el trabajo terapéutico podrá tener objetivos más ambiciosos, pero por el momento ponerse objetivos a un más largo plazo no haría más que aumentar la frustración y la desesperanza.

Con tan solo tener en mente las estrategias de afrontamiento que acabo de describir, los terapeutas abren un espacio para el cambio. Se liberan de aprisionarse en las reacciones fijas habituales ante la persona deprimida. Dan un paso valiente adelante y se enfrentan al horror del abismo depresivo. Al aceptar su impotencia al mismo que mantienen el contacto con la persona deprimida, implícitamente mantienen la esperanza de que permanecer tenga algún sentido, incluso si este sentido no está visible a través de la niebla de desesperanza. *“Incluso si no veo la esperanza, en cierta manera espero volver a verla.”* Su experiencia de libertad, valor y esperanza pasa entonces a formar parte de la situación y, así, la propia situación se vuelve diferente.

No es tan importante lo que hacemos, sino cómo estamos con el cliente. O, dicho de otra forma, hagamos lo que hagamos en nuestras intervenciones es importante que nos

mantengamos calmados, que podamos estar suficientemente en silencio como para escuchar la llamada tácita del flujo potencial, natural, fluido, de la situación, que anhela ser liberado de la prisión del círculo vicioso de la depresión. Al cambiar nuestra forma de estar con el cliente, la situación misma sigue un proceso de transformación, la dinámica fijada de los procesos del campo se redirigen, y surge la posibilidad de que el flujo natural de la situación se restaure.

Por tanto, nuestra tarea principal es no obstaculizar este nuevo movimiento que comienza a desarrollarse, ya que es él mismo el que encuentra su camino en las condiciones particulares que se dan en la situación aquí y ahora. Un camino que no podemos planificar u organizar, ni siquiera prever. El cambio puede ocurrir, y le damos la bienvenida, tome la forma que tome. Nosotros, como terapeutas, no somos quienes producimos el cambio. Tan solo le abrimos la puerta. Quizá el flujo de la situación le afecta y así el cambio puede comenzar a darse. Si esto ocurre, la dinámica de la situación se transforma y, así, el cliente y el terapeuta, como individuos, siendo ellos mismos funciones del campo, se transforman también.

De escaparse a explorar

Cuando consolamos a los clientes e intentamos salvarlos de la depresión, podemos acabar viendo que en el fondo somos nosotros quienes intentamos protegernos a nosotros mismos de que el remolino de la depresión nos hunda y, como consecuencia, podemos acabar incrementando la experiencia del cliente de no ser visto y ni encontrado. La parte conductual del contramovimiento del terapeuta consiste en restringir esa tendencia a la acción rápida. Escuchar auténticamente el sufrimiento del otro implica permanecer abierto y receptivo en la situación, cuando nuestros instintos nos harían salir corriendo. Intentar ayudar a la persona puede servir como forma de evitar encontrarse realmente con ella. Para ayudar al cliente necesitamos dejar de huir del encuentro con el sufrimiento. Tal y como lo expresa Carl Rogers: “No puedes ayudar a nadie sin ponerte en riesgo.” (citado en Anderson, 1997).

Clientes y terapeutas perciben a menudo la depresión como una ciénaga. Ambos se atascan en la ciénaga y la perciben como algo peligroso. Instintivamente, las personas en una ciénaga entran en pánico e intentan moverse rápido para salir de ella. Sin embargo, cuanto más rápido se mueven, más se atascan, y cuanto más esfuerzo hacen para saltar fuera, más se hunden en el barrizal. Necesitan calmarse y moverse lentamente. En vez de saltar verticalmente, necesitan moverse en la horizontal, para explorar el terreno en vez de intentar escapar de él. Puede que haya algún trozo de tierra más firme en algún lado que esté accesible pero no se vea desde arriba y, metidos en la ciénaga, no hay más remedio que comprobar esto al tacto. Esta es, metafóricamente, la naturaleza de las acciones de los terapeutas en las situaciones depresivas.

Los terapeutas no permanecen pasivos. Si lo hicieran su propia pesadez les hundiría en la ciénaga depresiva. Tampoco intentan saltar fuera de la situación depresiva, lo que quiere decir que no establecen grandes expectativas para sí mismos o para el cliente, no empujan para conseguir que haya mejoría. Saltar solo serviría para hundirlos más en el barrizal, ya que acabarían frustrados cuando sus expectativas no se cumplieran. En lugar de eso, exploran la situación lentamente en un contexto más amplio, hacen pequeños movimientos horizontales y, pacientemente, comprueban qué hay en el fondo de la ciénaga que se pueda utilizar como un suelo en el que apoyarse.

Por ejemplo, los terapeutas pueden explorar un contexto temporal más amplio del estado del cliente. Nombrar sin más el marco temporal (cuándo empezó la persona a sentirse deprimida) puede aportar una sensación de flujo de tiempo que está ausente en la percepción del cliente deprimido. Si los clientes han tenido épocas previas en sus vidas en las que experimentaron el estado deprimido, con solo nombrar cuánto tiempo duró aquello se puede introducir una esperanza implícita de que este periodo depresivo también acabará. Un trozo de tierra firme aparece en la ciénaga eterna.

Monitorizar la gravedad del estado depresivo puede ser también útil en este contexto más amplio. Cuando los terapeutas conceptualizan la depresión como una ola, en la que el ánimo se deprime al principio y mejora lentamente, los clientes pueden apuntar en qué posición sienten que están dentro de esa ola. El simple hecho de aceptar el estado en que se está es intrínsecamente potente (Melnick & Nevis, 2018). Con solo describir fenomenológicamente el estado actual bajo esta concepción dinámica de ola de estado de ánimo, la persona puede comenzar a sentir de nuevo la sensación de que el tiempo fluye. De esta manera, al llevarlo el fondo de la situación al primer plano, el terapeuta invita implícitamente a una cierta esperanza sin tener que persuadir o reconfortar al cliente. La situación puede comenzar a fluir, el remolino puede transformarse en una ola y la depresión en un proceso de duelo natural y sanador.

Acoger la vivacidad en la situación de depresión

Conforme emerge la figura del fondo situacional, el fondo cae y se retira de la consciencia inmediata (Perls, Hefferline y Goodman, 1951). En un campo organizado de forma depresiva, experimentamos que los aspectos de la situación que hunden y apagan a las personas deprimidas pasan al primer plano, mientras que, en contraste, los aspectos vivificantes de la situación se retiran al fondo. La experiencia habitual de las personas deprimidas que perciben el mundo como uniformemente gris es un buen ejemplo de esto. Las personas solo pueden empezar a ver colores a su alrededor cuando el campo deja de estar organizado por la depresión. Los aspectos vitales, llenos de color, pueden volver de nuevo al primer plano.

Los terapeutas se acaban viendo caer junto con sus pacientes en experiencias grises de vacío y falta de vida. Sin embargo, cuando se dan cuenta de que esta falta de vida no es

más que una cara de la situación, el aspecto que se ha vuelto figura, esto les ayuda a centrarse en los aspectos que hasta entonces han quedado en segundo plano. Los terapeutas no han de esforzarse en cambiar la situación aportando vitalidad desde fuera, sino que lo importante es que se centren en la vitalidad que ya está presente, aunque en el fondo, en el aquí y ahora de la situación de terapia. Pueden encontrar vitalidad en la situación misma, bien en sí mismos (*“Me doy cuenta de que a veces necesito rebelarme en cierta forma. [...] Tengo la necesidad de hacer algo así como un movimiento rápido, ¡para sentir que estoy viva!”*), bien en sus clientes y en la relación terapéutica (*“Cuando me acerqué a ella, no solo sentí su depresión sino a ella misma como ser.”*)

Al renunciar a esforzarse para obrar un cambio inmediato, los terapeutas desplazan su foco de atención de los síntomas de desvitalización a la persona vital que tienen delante. El momento de llevar la relación al primer plano, en medio del remolino de la depresión, es crucial y crea una base firme sobre la cual pueden apoyarse terapeuta y paciente. Quizá el proceso de terapia parece haberse estancado, los síntomas de depresión siguen siendo los mismos, pero ahora cliente y terapeuta están juntos, ahí metidos.

En realidad, el proceso de terapia no se ha estancado. Lo que pasa es que no progresa en la dirección de la reducción de los síntomas depresivos. En lugar de eso, evoluciona de otra forma, profundizando la relación terapéutica y construyendo las bases relacionales necesarias para que se dé un cambio. Así, si lo que está ocurriendo en la terapia es que la depresión del cliente no está cambiando, el terapeuta puede entenderlo como una señal de que la base relacional de la situación necesita reforzarse, de que la necesidad de relación está pasando a ser la figura. Los terapeutas no necesitan más que escuchar esta necesidad, apartando sus propias expectativas y confiando en que se puede restablecer el flujo de la situación reforzando la relación, la cual brinda un aspecto de la situación potencialmente vivo.

Los terapeutas, por ejemplo, comparten a veces su experiencia con el cliente: *“Me imagino que quizá, sintiendo la impotencia y el cansancio que estoy experimentando ahora, puedo estar en contacto con lo que tú tienes que vivir en todo momento. Me ayuda a comprender lo difícil que te debe resultar.”* Los terapeutas utilizan su experiencia para moverse hacia el cliente, para alargar su mano por encima del abismo de la depresión. El cliente puede entonces ser visto y comprendido. Puede que esto se dé solo en un momento muy breve, pero incluso así puede aportar la esperanza de que alcanzar al otro no tiene porque ser totalmente imposible.

Centrarse en la vitalidad presente en la propia situación trae esperanza a los terapeutas y les ayuda a afrontar su propia experiencia ante un cliente deprimido. Sin embargo, esta esperanza tiene una naturaleza paradójica. Los terapeutas puede experimentar la esperanza de que vendrá un cambio justamente cuando dejan de esforzarse para conseguirlo, cuando se reconcilian con la desesperanza existente. Esta postura nos recuerda la teoría paradójica del cambio (Beisser, 1970) aplicada a una situación específica con un

cliente deprimido. Los terapeutas pueden encontrar un apoyo en el mantra de T. S. Eliot (1971, p. 28): “Quédate tranquila [alma mía] y espera sin esperanza, pues esa esperanza sería una esperanza de lo equivocado.”

Al utilizar estrategias de autoapoyo, los terapeutas llevan también esas estrategias al campo compartido con el cliente. Es importante darse cuenta de que el campo compartido no está solo organizado de forma depresiva, aunque sea esto lo que está en primer plano. Al confiar en su propio autoapoyo, los terapeutas influyen en el campo experiencial compartido por terapeuta y cliente y apoyan el cambio de la figura-fondo. El autoapoyo puede aparecer, entonces, como una posibilidad en el campo compartido y puede desplazarse gradualmente desde el fondo de la situación al primer plano, como una de las características de la dinámica del campo compartido. Influye también, por tanto, en el cliente. Así, la potencialidad del autoapoyo puede abrirse en la situación también para el cliente.

Transformar el abismo en vacío fértil

Llegados a este punto podemos volver al inicio de este capítulo, a los informes de terapeutas que, con tanta honestidad, han compartido lo que experimentan con pacientes deprimidos. En la dinámica especial de la situación depresiva, en la que el tiempo se alarga infinitamente, en la que el espacio entre las personas parece infranqueable y el otro parece inalcanzable, en el que cada movimiento, incluso un movimiento mental, requiere un esfuerzo tremendo, como si camináramos metidos en el fango, los terapeutas se encuentran desesperados, desamparados, solos y exhaustos. Cuando experimentan todo esto se ponen en peligro. Afrontan el miedo arcaico y existencial a un abandono total. El abandono total de un niño recién nacido, que no dispone del concepto de sí mismo como persona que le sirva de autoapoyo y que depende totalmente de la relación con los demás. Esto es, realmente, lo que experimentaron estos terapeutas. Perdieron su propio autoconcepto. Dejaron de percibirse a sí mismos como personas con la tarea y la capacidad de ayudar. *“Cuando me acerco a ese cliente con mis emociones hay una especie de límite, cuando me digo a mí misma: ‘¡Qué pesado se me hace esto! [Y al cliente:] ‘Muchacho, deberías ir a ver a un psicólogo’. ¡Y entonces me doy cuenta de que la psicóloga ya está ahí! (...) Me olvido de que la psicóloga soy yo, porque percibo lo pesado que me resulta cuando él me lo describe.”*

La naturaleza misma de la presencia del terapeuta se transforma cuando estamos en un campo estructurado por la depresión. Las personas no están en contacto con su vitalidad, con su potencial, delegan sus competencias en otro (un psicólogo), les falta creatividad. La dinámica de la situación depresiva transforma a los terapeutas así como a los pacientes. Ambos son funciones del campo depresivo aquí y ahora. Podemos imaginarnos este campo depresivo como un micelio, invisible pero siempre presente bajo la tierra, que se muestra en una forma observable de hongo: los síntomas de depresión clínica del cliente y la experiencia de desesperación, impotencia y soledad del terapeuta.

Esto está bien. No hay necesidad de culpar a nadie por ello, ni al cliente ni al terapeuta, ni a algún perseguidor o a condiciones desfavorables, ya que parece que estos procesos son inevitables cuando decidimos trabajar con clientes deprimidos. Nos exponemos a los que se conoce como “contagio emocional”, que se puede explicar mediante una imitación automática instantánea y una sincronización de las expresiones comportamentales de las emociones (Hatfield *et al.*, 1993) que se dan de forma natural y a menudo inconsciente. En su metaanálisis, Joiner y Katz (1999) sustentan que la depresión es “contagiosa”, no solo emocionalmente sino como un complejo de todos sus síntomas, tales como la impotencia, el cansancio, la anhedonia, etc. Levenson (2013, p. 2014) ha descrito estas respuestas emocionales “automáticas” y “universales”, que se manifiestan también a nivel corporal, y afirma que el terapeuta, en gran medida, no tiene elección respecto a si contenerlas o expresarlas. Le Doux (1996), en sus hallazgos en el campo de la neurociencia, distingue, por un lado, esta respuesta emocional automática que se transmite a través de la amígdala y, por otro, las emociones que se producen a través de la vía tálamo-neocórtex, que es más lenta pero permite un procesamiento más consciente.

La investigación neurocientífica que explora la interconectividad de la mente, el cerebro y las relaciones explica más este fenómeno. Las neuronas corticales premotoras, llamadas neuronas espejo (Gallese y Goldman, 1998), muestran el mismo patrón de actividad tanto cuando el sujeto completa cierta actividad dirigida por objetivos como cuando observa a otra persona realizando la misma acción. Esta actividad neuronal es “primordialmente de naturaleza práctica... ya que implica el emparejamiento directo o la coincidencia de los cuerpos del uno y del otro. Parece que se da un emparejamiento inmediato.” (Thomson, 2001, p. 9) La activación de neuronas espejo en las regiones frontal y parietal de la corteza y áreas relacionadas “crea una imagen neuronal del estado mental de la otra persona (...) La imagen del estado intencional del otro se utiliza entonces para iniciar una imitación comportamental y una simulación interna.” (Siegel, 2012, p. 176)

Podemos decir que el cerebro del terapeuta se empareja inmediatamente con el cerebro del cliente deprimido, antes incluso de que el terapeuta puede percibirlo o influir en ello conscientemente. Esta “simulación interna” que hace el terapeuta del estado mental del cliente se puede entender como un fenómeno observable que está en función de la dinámica de la situación depresiva. Parece que, dada la naturaleza automática de este tipo de respuestas, los terapeutas no pueden evitarlas por mucho que las hayan experimentado con anterioridad en su trabajo previo y hayan reflexionado sobre ello. Las redes especulares neurocognitivas en los cerebros del cliente y del terapeuta crean conjuntamente algo nuevo, algo que excede la suma de la presencia de dos cerebros independientes. El todo es más que la suma de sus partes. Lo que es “más” aquí es el “micelio” que se da en el “entre” de la situación, un metafenómeno que tiene su propia dinámica y que define a las partes implicadas a través de estos procesos neurocognitivos.

Al sumergirse en la situación depresiva, los propios terapeutas experimentan los síntomas depresivos como la desesperanza, la impotencia, la soledad, el agotamiento, etc. El

cliente y el terapeuta, por tanto, se “deprimen juntos” en el aquí y ahora de la situación terapéutica. Esto ofrece una “puerta de empatía” preciosa (Siegel, 2012, p. 165) y abre la “intersubjetividad de la consciencia” (Thompson, 2001, p. 15). Tal y como muestra la neurociencia, “compartir los procesos básicos de valoración y excitación establece la forma fundamental en que una persona se conecta con otra en las relaciones emocionales” (Siegel, 2012, p. 169). Así, la situación depresiva no solo hunde al terapeuta, también le ofrece una guía para la recuperación del flujo de la situación, recuperación que puede empezar permitiendo que se hagan figura los aspectos relacionales de la situación potencialmente vivos. Las propias experiencias situacionalmente depresivas de los terapeutas son las que construyen un puente para salvar el “abismo” interpersonal (Francesetti y Roubal, 2013) que aparece en la experiencia depresiva. Un puente así es en sí mismo sanador, porque facilita en la persona deprimida el desarrollo de un proceso paralelo mediado prefrontalmente, ya que “la comunicación humana íntima y recíproca puede activar directamente los circuitos neuronales responsables de proporcionar significado, responder de forma flexible y dar forma a la experiencia subjetiva de una vida emocionalmente vibrante.” (Siegel, 2012, p. 169)

De hecho, está probado que una mayor sincronía no verbal entre cliente y terapeuta está asociada con la calidad de la relación terapéutica a ojos del cliente, con la autoeficacia experimentada y con una mayor reducción de síntomas (Ramseyer y Tschacher, 2011). Sobre la base de los hallazgos actuales en neurociencias, Greenberg (2006) resalta la influencia de la relación terapéutica en el hemisferio derecho y en lo no verbal, que es lo que aborda de forma más efectiva la autorregulación afectiva del cliente deprimido, que se procesa, en gran medida, sin una percepción consciente.

El proceso de cambio en la psicoterapia de la depresión puede verse entonces como la transformación del abismo interpersonal en una experiencia compartida de vacío, que puede dar lugar a un encuentro con el otro que salve el abismo. “Para percibir al Otro, una intersubjetividad abierta esencial para la experiencia perceptiva debe estar ya presente.” (Thompson, 2001, p. 15) La transformación del abismo interpersonal depresivo en una intersubjetividad abierta tiene lugar a través de la presencia de los terapeutas, a través de la manera en la que se arriesgan a adentrarse en el remolino de la situación depresiva y se enfrentan al miedo arcaico al abismo de la depresión sin protegerse mediante intervenciones terapéuticas.

Caso clínico³

Una mujer de 74 años experimenta un “vacío desesperanzador” en su vida. Se levanta a las tres y media de la mañana y se queda en la cama hasta las once, incapaz de movilizarse ni siquiera para cepillarse los dientes. Se siente físicamente demasiado débil como para ir al baño, permanece tumbada cara a una pared, con la cabeza cubierta con una manta, sintiendo lo “dolorosamente sola” que está.

¿Qué experimento yo con ella en la sesión de psicoterapia? Principalmente una especie de pesadez general. También algo del estilo de “Ya estamos, otra de estas... ¿Realmente tengo que escuchar todo esto?”, seguido de “¡Eh, despierta! Que se supone que estás aquí para ayudarla, ¡haz algo!” Siento desapego y agresividad seguidos por una autoactivación forzada. De acuerdo, percibo mi experiencia, la primera ola que me llega, y espero a la siguiente ola. No tengo ni idea de qué puede venir.

Lo que viene es esto: “Esto es un poco raro... Esta mujer es bastante mayor para un primer contacto con la psicoterapia. ¿Qué la ha traído aquí? Podría ser muy especial trabajar con una señora mayor así. ¿Qué esperanza de futuro puede tener? ¿Y qué sé yo de esto, si ella tiene casi 30 años más que yo?!” Curiosidad, reto. Sentir que hay algo especial en ella, sentirme ligeramente tentado de comenzar una aventura juntos. Me siento intrigado a poner a prueba sus recursos.

“Mmm, sí. Escucho lo difícil que debe ser todo esto para ti.” ¿Debería atreverme a seguir la segunda ola en mi experiencia y permitirme sentir curiosidad sobre la experiencia específica de ella? “Me pregunto qué hay en todo esto que te resulta tan doloroso.” Cuando digo esto me meto en la ciénaga de la depresión. Hago un movimiento que va en contra de mi primera reacción instintiva. No me desapego de mi cliente pero tampoco intento consolarla. Si lo hiciera, estaría enviándole una señal de que no me tomo su sufrimiento en serio.

Cuando le pregunto “¿qué es lo que te resulta tan doloroso?”, ella me mira como para asegurarse de que se lo estoy preguntando en serio. Entonces replica: “Me reprocho ser ineficiente. Me acuso a mí misma: ¡eres vaga como un perro! ¡Levántate y haz algo! ¡Reacciona!” Su rostro parece duro. Puedo sentir, utilizando mi percepción estética, cómo la atmósfera se espesa, cómo la situación deja de fluir. Su rostro es la expresión corporizada del obstáculo, como una piedra que impide que la situación fluya. “¿Cómo te sientes cuando me dices esto?” Al referirme al hecho de que me lo está diciendo aquí y ahora, hago un lento movimiento hacia ella. “Bueno...”, me dice, “me siento una inútil. Siempre, en toda mi vida, he trabajado duro. No he tenido vacaciones, siempre sin parar de trabajar. Así era yo. Ahora soy una inútil...”

³ Presento aquí mi reflexión sobre el proceso de terapia. En el momento de los encuentros con la cliente, mi enfoque se basaba principalmente en una intuición surgida de mi propia experiencia, dirigido por una sensibilidad pre-reflexiva hacia la estética de nuestro contacto en el aquí y ahora de la situación. Solo después de las sesiones he podido llegar a una consciencia más elaborada, cuando he podido conceptualizar lo que ha ocurrido en el flujo de nuestro encuentro.

De nuevo, la piedra bloquea el flujo de la situación. Puedo sentir la atmósfera espesa e inmóvil llena de desesperanza. Sin embargo, cuando escucho las palabras “*no he tenido vacaciones*”, puedo sentir también un asomo de cambio en mi propia experiencia, una cierta sensación de curiosidad que me hace pensar “*¿En serio? ¿No has tenido vacaciones en todos estos años?!*” Lo percibo como una señal de, aunque esté bien escondida, existe alguna posibilidad. ¿Es esta la dirección en la que podrían empezar a fluir las cosas? ¿Es posible que indique una tendencia, aunque sea mínimamente? Puedo reconocer este momento secreto y precioso a través de un sutil cambio que percibo en mi propia experiencia. Dentro de esa atmósfera, por lo general mortecina, noto que me animo al escuchar las palabras “*no he tenido vacaciones*”, y me dejo guiar por esta señal.

Le pregunto por su trabajo. ¿Con qué estaba siempre tan ocupada? “*Siempre tenía mucha energía. Ahora, estoy tan cansada...*” De nuevo, necesito no reaccionar consolándola o restándole importancia a lo que me dice, sino tomándome su sufrimiento en serio: “*Vaya... ¿y cómo sientes ese cansancio?*” “*Estoy agotada todo el rato. Mi cuerpo no tiene fuerza, no me puedo mover. Me lleva horas convencerme de que me tengo que levantar de la cama. Soy una inútil.*” Puede sentir una vez más la pesadez, la desesperanza, cómo todo deja de fluir y su rostro parece de piedra en esa atmósfera mortecina.

Aún así, cuando escucho la palabra “*cuerpo*” vuelvo a sentir un leve asomo de vitalidad. En mi mente aparece una conexión entre los dos momentos que he mencionado, las dos señales de esperanza. “*Vacaciones*” y “*cuerpo*”. Es como saltar de una piedra firme a otra en medio de un barrizal. Sugiero, “*¿y si tu cuerpo se estuviera tomando ahora unas vacaciones?*” Abre los ojos sorprendida y, durante un breve instante, parece que haya tomado registro de mí como persona viva ante ella.

Pasamos el resto de la sesión hablando de cuánto ha trabajado en su vida y cómo, en efecto, había anhelado tener la posibilidad de descansar. En la siguiente sesión, habla de cómo sigue quedándose en la cama toda la mañana y no es capaz de levantarse. Pero hay una extraña diferencia, dice ella. La ráfaga de esperanza que experimento con ella se hace más fuerte, la puedo sentir ahora con claridad. “*¿Qué diferencia?*” “*Bueno*”, dice, “*mientras estaba tumbada ahí toda la mañana, girada hacia la pared y cubierta por una manta, intenté decirme a mí misma: estoy tomándome unas vacaciones por todos los años de trabajo.*” “*¿Y cómo te resultó eso?*” “*Bueno, lo mismo de siempre... pero quizá lo vuelva a intentar, es una idea que me resulta muy extraña...*”

Realmente nada ha cambiado, sigue deprimida y exhausta, ni siquiera capaz de levantarse de la cama. Sin embargo, su actitud hacia sí misma había empezado a transformarse. Hay un cambio bastante radical entre “*¡eres vaga como un perro!*” a “*me estoy tomando unas vacaciones por todos los años trabajados*”. Había intentado dejar de culparse a sí misma. Había intentado desviar la dinámica fija del círculo vicioso, que no hacía sino agotarla más. En lugar de esto, había empezado a aprender a aceptar su estado y legitimarlo, había empezado a aprender a sentir compasión hacia sí misma.

Aunque el patrón fijo depresivo del círculo vicioso continuaba teniendo una fuerte prevalencia, era perceptible cómo esa nueva idea “extraña” le atraía, y ahí se podía sentir una esperanza de vitalidad. Lo que necesité hacer para invitar al cambio fue expresar a mi cliente mi apertura, interés y apoyo, en vez de seguir los impulsos instintivos de salvarla o de protegerme a mí mismo. Tuve que escuchar la silenciosa vocecita de la esperanza en medio del remolino de la depresión y no asustar a esa esperanza con mi optimismo.

Hice otra cosa más para invitar al cambio. Le preparé un hogar donde pudiera establecerse. Un hogar que toma forma mediante una nueva imagen, una nueva conceptualización de la experiencia depresiva. Ahora, en vez de “*no soy buena para nada*” tenemos “*me estoy tomando unas vacaciones*”. Esta nueva conceptualización ofrece un camino para un flujo que ya no está bloqueado por una autocrítica que hace que los impulsos se reviertan hacia adentro. En lugar de un agujero depresivo, de una trampa, aparece otra imagen: unas vacaciones tras una vida de duro trabajo. Una imagen con su dinámica interna, un hogar desde el cual se invita al cambio.

Conclusión: el paradigma situacional

En este capítulo he ofrecido una perspectiva del proceso situacional que podemos adoptar para comprender la experiencia de un terapeuta cuando se encuentra con un cliente deprimido, desde una perspectiva de teoría de campo. Consideramos que la relación es la fuerza formativa de la situación, un proceso central que define la participación continua y siempre cambiante de las personas implicadas. Desde la perspectiva de campo no se considera que la relación sea cocreada por los individuos implicados. Se entiende, más bien, que son esos individuos los que acaban siendo una función de la situación, como procesos que se forman en el flujo situacional.

Evans (2007) distingue tres paradigmas o visiones del mundo en la historia de la filosofía occidental y los conecta con la psicoterapia: el clásico, el moderno y el posmoderno. “Dios es, por lo tanto yo soy” podría ser una paráfrasis del paradigma clásico, incluida la noción platónica de realidad basada en formas trascendentes que se da en las tradiciones cristiana y judía. El “pienso, por lo tanto soy” de Descartes podría caracterizar el paradigma moderno desde la Ilustración y supuso un cambio de paradigma desde una forma de pensar teocéntrica a una racionocéntrica. La posmodernidad del siglo XXI cuestiona los cimientos de lo que conocemos y de cómo conocemos lo que creemos conocer (Evans, 2007) y “desmitifica la gran narrativa de la modernidad” (Gergen, 1992, p.28). El paradigma posmoderno enfatiza la cocreación o coconstrucción de todas las relaciones y, así, la relación terapéutica es vista como un evento interaccional en el que ambas partes se influyen mutuamente: “eres, por lo tanto soy” (Evans, 2007).

Podemos utilizar el concepto de paradigma para distinguir entre diferentes formas de conceptualización del proceso de cambio en psicoterapia: cómo se da el cambio y quién lo produce. En el paradigma “moderno”, que actualmente prevalece en los sistemas de salud

occidentales y también en la psicoterapia que es parte de este sistema, el cambio se percibe como algo producido por un experto que ayuda a sus clientes reparando sus trastornos. En tiempos anteriores, en el paradigma “clásico”, la psicoterapia no estaba aún establecida pero se daban procesos de cambio en otros contextos, principalmente espirituales. El cambio se percibía como algo producido por una fuerza externa que una persona con las competencias apropiadas podía invocar en solicitud de ayuda. En el paradigma “posmoderno”, que actualmente sigue en desarrollo y que tiene una influencia cada vez mayor en el campo de la psicoterapia, el cambio se percibe como algo cocreado conjuntamente entre terapeuta y cliente.

Quizá podemos estar ante la aparición de un nuevo paradigma en psicoterapia que sigue a los mencionados anteriormente. El cambio no se contempla como algo “hecho” por alguien, sino más bien como un proceso con su propia dinámica que trasciende a los individuos implicados. El cambio se da y el proceso “usa” a las personas implicadas para que el cambio se dé. Desde este punto de vista, el concepto “posmoderno” de una cocreación dialogal del cambio sigue pareciendo todavía demasiado antropocéntrico. También parece acríticamente omnipotente: tú y yo, juntos, vamos a producir el cambio. Sin embargo, ¿cómo podemos estar tan seguros de eso? El paradigma “situacional”, y ésta es una denominación provisional, supera esto con el reconocimiento humilde de que el cambio puede darse de formas que ni el cliente ni el terapeuta pretenden, comprenden o siquiera perciben.

“Tú y yo somos formados por nuestro encuentro.” ¿Quizá algo así? Esto nos puede recordar al paradigma “clásico”: “Dios es, por lo tanto yo soy.” De hecho, ambos se basan en la experiencia de que hay una fuerza trascendente que influye en el cambio o lo permite. Sin embargo, en el concepto de “situación”, la fuerza trascendente carece de introyectos religiosos que determinan cómo debería percibirse esta fuerza. Se basa únicamente en la experiencia de una presencia corporizada en el flujo de la situación. “No percibimos ningún *Tú*, pero aún así nos sentimos atendidos y respondemos a ello... con nuestro ser” (Buber, 1937, p.6). El interés actualmente en aumento por los estados alterados de consciencia en psicoterapia, en conexión con el uso de psicodélicos, se puede ver como una señal de que el cambio de paradigma se acerca. La perspectiva de que la situación trasciende al individuo resulta natural, incluso esencial, para poder trabajar con ese tipo de estados.

El énfasis creciente que se está dando en la investigación actual al rol que desempeña la relación psicoterapéutica en el proceso de cambio puede ayudar a los psicoterapeutas a explorar cómo estar con sus clientes de formas más efectivas. La investigación en psicoterapia y en neurociencia pueden ayudar a los practicantes a reflexionar sobre su competencia y a cultivarla. Soy de la opinión de que la forma en la que estamos con nuestros clientes es más importante que lo que hacemos con ellos. Creo que “rendirse” bien a cada situación específica con cada cliente individual es uno de los puntos clave para el cambio en psicoterapia.

“Estoy agotado. No tengo esperanza. Parece que me haya vuelto un incompetente. Me da la sensación hasta de estar perdiéndome a mí mismo.” Cuando la experiencia del terapeuta con el cliente deprimido es ésta, ¡está muy bien! ¡El cambio ya se está dando! El mayor reto para unos profesionales que quieren ayudar es dejar de intentar ayudar a la persona que sufre que tienen delante. El dicho “la naturaleza es la que cura, y el doctor entretiene al paciente mientras tanto” es válido también para la psicoterapia. Al intentar ayudar a nuestros clientes, a menudo nos interponemos en el camino de los procesos naturales de curación. A los psicoterapeutas, de hecho, no se nos paga por intentar ayudar a la persona que sufre. Se nos paga por algo que no hacemos nosotros. Estamos entrenados para domar nuestras reacciones instintivas con el fin de estar en la situación de terapia sin dirección ni expectativas, y al mismo tiempo para ser capaces de transformar activamente la forma en la que estamos presentes en una entrega libre y gozosa a la esperanza que es inherente a la propia situación.

Ofrezco aquí esta perspectiva situacional porque creo que conlleva unas consecuencias importantes para la práctica clínica. No estoy reivindicando que esta perspectiva sea superior a otras, las que conceptualizan su ayuda a los clientes que sufren como un alivio de los síntomas, una reestructuración de los sistemas, o una cocreación dialógica de una experiencia correctiva. Creo que la perspectiva situacional puede aportar a la psicoterapia actual un énfasis en la necesidad de contemplar con humildad unos procesos curativos que trascienden a los individuos implicados.

Referencias bibliográficas

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Books.

Beisser A. (1970), *The Paradoxical Theory of Change*, in Fagan J. and Shepherd I., eds., *Gestalt Therapy Now*, Harper, New York.

Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy*, 33(3), 372-380.

Buber, M. (1937). *I and Thou*. T. & T. Clark.

Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22- 28.

Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193. doi:10.1037/0021-843X.85.2.186.

Coyne, J. C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.

- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833-845. doi:10.1037/0735-7028.15.6.833.
- Ebertová, L. (2016). Zvládající strategie terapeutů při práci s depresivními klienty. Diplomová práce. [Coping strategies of therapists working with depressed clients. Master thesis.]. Masaryk University, Brno.
- Eliot, T. S. (1971). *Four Quartets*. Harcourt.
- Evans, K (2007). Living in the 21st Century: A Gestalt Therapist's Search for a New Paradigm. *Gestalt Review*, 11(3), 190-203.
- Evans, K., & Gilbert, M. (2005). An introduction to integrative psychotherapy. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (2013), Gestalt Therapy Approach to Psychopathology, in Francesetti G., Gecele M. and Roubal J., eds., *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*", Franco Angeli, Milano, 59-75.
- Francesetti G., Roubal J. (2013), Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences, in Francesetti G., Gecele M. and Roubal J., eds., *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*", Franco Angeli, Milano, 433- 494.
- Francesetti, G. (2015a). From individual symptoms to psychopathological fields. Towards a field perspective on clinical human suffering. *British Gestalt Journal*, 24(1), 5–19.
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 493-501. doi:10.1016/S1364- 6613(98)01262-5.
- Gergen, K. J. (1992), Towards a postmodern psychology. In *Psychology and Postmodernism: Inquiries in Social Construction*, S. Kvale (ed.). London: Sage.
- Gilroy, P. J., Murra, J., & Carroll, L. (2002). A preliminary survey of counselling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research & Practice*, 33(4), 402-407. doi:10.1037/0735-7028.33.4.402.
- Gotlib, I. H., & Robinson, L. A. (1982). Response to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 231-240. doi:10.1037/0021-843X.91.4.231.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Gurtman, M. B. (1986). Depression and the response of others: Reevaluating the reevaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 99-101. doi:10.1037/0021-843X.95.1.99.
- Gurtman, M. B., Martin, K. M., & Hintzman, N. M. (1990). Interpersonal reactions to displays of depression and anxiety. *Journal of social and Clinical Psychology, 9*, 256- 267. doi:10.1521/jscp.1990.9.2.256.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Sciences, 2*, 96-99. doi:10.1111/1467-8721.ep10770953.
- Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 80-87. doi:10.1037/0735- 7028.38.1.80.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology and Science Practise, 6*, 149–164. doi:10.1093/clipsy/6.2.149.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology and Science Practise, 6*, 149–164. doi:10.1093/clipsy/6.2.149.
- Le Doux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Levenson H. (2013), Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Working With Reactions to Chronically Depressed Clients, in Wolf A.W., Goldfried M.R. and Muran J.C., eds., *Transforming Negative Reactions to Clients. From Frustration to Compassion*. American Psychological Association, Washington, DC, 191-219.
- Levenson, H. (2013). Time-limited dynamic psychotherapy: Working with reactions to chronically depressed clients. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 193- 220). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. New York: Harper.
- Marks, T., & Hammen, C. L. (1982). Interpersonal mood induction: Situational and individual determinants. *Motivation and Emotion, 6*, 387-399. doi:10.1007/BF00998192.
- Melnick, J., & Nevis, S.M. (2018, in press). *The evolution of the Cape Cod model*. Gestalt Gestalt HCC Italy Publ.
- Paukert, A. L., Pettit, J. W., & Amacker, A. (2008). The role of interdependence and perceived similarity in depressed affect contagion. *Behavior Therapy, 39*, 277-285.

- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Julian Press.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi* [Psychiatry: Textbook for study and practice]. Praha: Grada.Robine, 2011;
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 284-295. doi:10.1037/a0023419.
- Roubal J. (2015). Depressing together. Therapist's Experience in a Therapy Situation with a Depressed Client. In G. Francesetti. *Absence is the Bridge Between Us*. Italy: Instituto di Gestalt HCC. s. 205-224, 20 s. Gestalt Therapy Book Series. ISBN 978-88-98912- 02-5.
- Roubal J., Francesetti G., & Gecele M. (2017). Aesthetic Diagnosis in Gestalt Therapy. *Behavioral Sciences*, Basel, Switzerland: MDPI AG, roč. 7, č. 4, ISSN 2076-328X. doi:10.3390/bs7040070.
- Roubal, J., & Rihacek, T. (2016). Therapists' in-session experiences with depressive clients: A grounded theory. *Psychotherapy Research*. *Oxford University Press*, 26(2), 206-219.
- Roubal J. (2007). Depression - A Gestalt Theoretical Perspective. *British Gestalt Journal*, roč. 16, č. 1, s. 35-43. ISSN 0961-771X.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How the relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Spagnuolo Lobb, M. (2013). *The Now-for-Next in Psychotherapy. Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society*. Milano: FrancoAngeli.
- Strack, S., & Coyne, J. C. (1983). Social confirmation of dysphoria: Shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 798-806.
- Thompson, E. (2001). Empathy and consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7), 1-32.
- Winer, D., Bonner, T., Blaney, P., & Murray, E. (1981). Depression and social attraction. *Motivation and Emotion*, 5, 153-166. doi:10.1007/BF00993894.
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2013). Introduction. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wollants, G. (2007). *Gestalt Therapy: Therapy of the Situation*. Turnhout: Faculteit voor Mens en Samenleving.
- Yontef G.M. (1993), *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*, Gestalt Journal Press, Highland NY.