

*British Gestalt Journal 1997, Vol. 6, No.1, 40-48*

Frank-M. Staemmler

# **La incertidumbre cultivada<sup>1</sup>: una actitud para los terapeutas gestalt**

*Traducción: David Picó Vila*

## *Resumen*

En el marco y en la relación terapéuticos, los terapeutas tienden a monopolizar el poder de interpretación para sus propios fines. Un ejemplo de esto son los métodos y modelos de diagnóstico convencionales. El enfoque dialogal de la terapia Gestalt contradice esto. Aunque sea legítimo el deseo de los terapeutas de tener una dirección no ambigua y sentir seguridad en su trabajo, y esto sea algo para tomar en serio y satisfacer si es posible, la aparente seguridad que ofrece el diagnóstico convencional es engañosa, ya que se basa en la reconstrucción de una imagen del cliente estereotipada, sistemáticamente reduccionista y, por tanto, distorsionada. El autor hace referencia a diferentes enfoques y métodos de la terapia Gestalt y aboga por una actitud terapéutica de “incertidumbre cultivada”.

## *Palabras clave*

Terapia Gestalt, relación terapéutica, diagnósticos, poder, interpretación, actitud dialogal.

## **Introducción**

*Que un grupo de personas estereotipe a otro es un acto de poder y control. El estereotipado ocurre cuando un grupo intenta definir a*

*otras personas en aras de sus propios intereses y, al hacerlo, les pone límites y les marca limitaciones.* (Introducción a 'Fluffs and Feathers' ['Pelusas y plumas'], una exposición sobre la identidad de los indios americanos tal y como ha sido definida por los europeos desde la colonización europea de Norteamérica, presentada por el Museo Nacional de Montreal, Canadá, Abril 1993)

El ejercicio de poder por parte de los terapeutas sobre sus clientes tiene lugar en varios niveles y puede ocurrir de formas diversas. No se puede concebir la efectividad terapéutica sin la posibilidad de influir a otra persona de una u otra forma. Esta posibilidad implica siempre necesariamente el riesgo de que haya efectos que van en detrimento de los clientes. A mi modo de ver, prevenir estos efectos no es solamente una obligación de los terapeutas, los cuales deberían reflexionar ininterrumpidamente sobre sus formas de utilizar el poder y sobre cómo implementar métodos de control adecuados como la supervisión, sino que es también una tarea de las personas que con mayor probabilidad van a sufrir el abuso de poder, es decir, los clientes, ya que lo que se *les hace* es también lo que *permiten que se les haga*.

Aunque escribo desde el punto de vista de un terapeuta y me dirijo principalmente a terapeutas, buscando estimular en mis colegas una reflexión sobre algunas de las maneras en las que ejercen poder sobre sus clientes, también tengo en mente tanto a las personas que se someten a psicoterapia como a las que se plantean hacerlo en el futuro. Me encantaría que el texto que sigue pudiera proporcionarles algún criterio que les ayude a determinar si las actitudes y comportamientos de su terapeuta están en sintonía con sus propios intereses.

## **“Solo vine a hablar por teléfono”**

Quiero comenzar haciendo un resumen de un cuento corto cuya lectura recomiendo a todo el mundo por su claridad mental y su calidad literaria. Gabriel García Márquez, ganador del premio Nobel, describe lo que ocurre a una joven cuyo auto se avería en una carretera comarcal bajo la lluvia e intenta que la acerquen hasta el teléfono más cercano. Después de un buen

rato la recoge el conductor de un autobús, en el cual duermen un grupo de pasajeras cubiertas con mantas. Como la joven está mojada y tiene frío, la mujer que se sienta junto al conductor le da una manta a ella también.

Después de un rato el autobús se detiene. Junto con las otras pasajeras, la joven desciende del autobús y entra en un edificio. Se encuentra con una mujer uniformada a la que cuenta que quiere hacer una llamada de teléfono. Se le ordena que se una al resto de mujeres en la residencia común. Dándose cuenta súbitamente de que está en un hospital psiquiátrico, intenta escapar. Es en vano. Sus explicaciones, protestas e intentos de abandonar el edificio son respondidos con fuerza y sedación y fracasan. Al día siguiente se le presenta el director médico del hospital. La trata de una manera muy amistosa y paciente. Ella le intenta convencer de que solo ha ido a hacer una llamada de teléfono y solicita repetidamente que se le permita llamar a su marido e informarle de dónde está. El doctor le habla con un tono paternal y le dice que “todo se hará a su tiempo”, con lo que da por finalizada la conversación.

Unas semanas después, ella consigue enviar un mensaje a su marido. El precio es alto: para lograrlo tiene ceder a las proposiciones sexuales de una enfermera de noche. La visita de su marido al hospital, que ella espera que produzca su liberación, comienza con una conversación entre él y el director médico. Éste explica a aquel la enfermedad mental de su esposa. Habla de estados excitación, explosiones vehementes de agresión e ideas fijas (especialmente la de hacer llamadas de teléfono); para él está estrictamente indicado continuar con el tratamiento así como contar con la colaboración compasiva del marido, por el bien de un curso positivo de la enfermedad.

Después de haber sido informado de todo esto, el marido ve a su esposa. La tranquiliza, la anima diciéndole que pronto se encontrará mejor y promete volver a visitarla de forma regular. Ella al principio se queda perpleja; después empieza a desvariar y a gritar como una maníaca. En la siguiente visita del marido, ella se niega a verlo. El doctor le calma diciéndole: “Es una reacción típica. Ya pasará.”

## La necesidad de certeza

Llegados a este punto no quiero comentar más sobre la historia de García Márquez porque habla por sí misma. Más bien quiero enfrentarla con una especie de “antítesis”: mi argumento es que todos los y las psicoterapeutas sienten una *necesidad legítima de certeza* cuando trabajan con sus clientes. Esta es una necesidad básica de los seres humanos en general, tal y como sabemos de la jerarquía de necesidades de Maslow (ver Maslow 1954/1970). Pero también es una necesidad especial que surge de la condición de nuestro trabajo diario como terapeutas. Si nos sintiéramos inseguros todo el día nos quemaríamos muy pronto.

Sin embargo, no solo tenemos esta necesidad de certeza en aras de nuestra propia higiene mental. También es importante para la calidad de nuestro trabajo: en el trabajo con nuestros clientes necesitamos continuamente disponer de cierto criterio y orientación. En cada sesión con cada paciente nos vemos confrontados con una abundancia de “material” verbal y no verbal. Si no tuviéramos ningún criterio para decidir en cada momento qué nos parece importante y qué irrelevante nos sentiríamos sobrepasados por la multitud de estímulos. Aunque los criterios de las diferentes escuelas terapéuticas son divergentes, incluso los de diferentes terapeutas de una misma escuela, todos ellos sirven al mismo objetivo. Están para proporcionarnos cierta certeza y para que el volumen de información no nos paralice al no saber con qué relacionarla.

Nuestros criterios sirven también a nuestros clientes. Por ejemplo, si decimos a una clienta o a un cliente una frase como: “Este parece ser un asunto importante”, estamos clasificando (y ordenando) y otorgando peso a la información que recibimos. Por tanto, estamos proporcionándole a ella o a él la oportunidad de discrepar con nuestro punto de vista o asumirlo y, haciendo esto, encontrar su propia postura.

Quiero añadir una razón más por la cual la necesidad de certeza de los terapeutas es útil también para los clientes. Si nos presentamos ante los clientes provistos de una importante cantidad de certeza es probable que les resultemos personas convincentes. Una cosa que hemos podido

aprender de la investigación comparativa sobre los resultados de la psicoterapia es que la llamada “potencia persuasiva” de los terapeutas contribuye en gran medida al éxito de cualquier terapia. Una terapeuta que proporciona una impresión *congruente* a sus clientes porque está convencida de lo que hace es mucho más probable que tenga sobre ellas y ellos un efecto curativo, sea cual sea el método terapéutico que utilice.

## **Diagnósticos y certeza**

Decir que la certeza de los terapeutas deriva en gran medida del hecho de que clasifican la información que reciben es casi idéntico a afirmar lo siguiente: la certeza de los terapeutas se origina, al menos parcialmente, a partir de un proceso *diagnóstico*. Clasificamos haciendo atribuciones, encontrando similitudes y diferencias, buscando contextos y relevancias. Formamos términos y categorías que nos permiten organizar y reducir una cantidad de información tal que nos sería imposible examinarla sin evaluación.

La sensación subjetiva de certeza surge de la impresión de que uno sabe con qué se maneja, qué es qué, a qué grupo de fenómenos pertenece algo. Si fuera incapaz de identificar la silla en la que me siento como una “silla”, solo porque es muy diferente de la que tengo en casa, moverme por la vida se convertiría en algo bastante problemático y laborioso. Sin embargo, puedo asignar cosas y eventos a ciertas categorías, afortunadamente, y esto me ayuda a lidiar con la vida de una manera relativamente eficiente y segura.

Cualquier tipo de diagnóstico psicológico, al margen del enfoque teórico que siga, se basa en el mismo principio. Cualquier sistema diagnóstico intenta proporcionarnos criterios para responder a preguntas como “¿qué problema hay?” y, consecuentemente, “¿qué hay que hacer en un caso así?”

## **La importancia de los significados**

El proceso puede parecer bastante simple al principio, pero si lo observamos un poco más de cerca se complica porque en psicoterapia, en la mayoría de casos, no solo tenemos que lidiar con hechos simples y

acontecimientos externos sino con los *significados* que nuestros clientes atribuyen a los hechos y a los acontecimientos. Me gustaría explicar esto con un ejemplo “clásico”. Si un cliente recuerda a su madre, esto puede significar para él que hoy por hoy todavía se siente controlado, dominado o torturado por ella. Alternativamente, puede significar el recuerdo de una señora mayor encantadora con la que le encanta hablar de vez en cuando. La cuestión no es que él tuviera una madre, ni tampoco que quizá ella lo controló y lo torturó durante su infancia. Si se da la eventualidad de que estos acontecimientos hoy en día ya no constituyen un problema para él, no tiene entonces porque trabajar sobre ellos. En terapia, por tanto, lo esencial no son los hechos sino los significados que les atribuimos.

Ya he mencionado que cualquier diagnóstico es una categorización a partir de la cual se siguen criterios para decidir qué acciones tomar. Además, hemos de tener en cuenta que estas categorizaciones están en relación con los *significados* de los comportamientos y las experiencias, no con los comportamientos y experiencias *per se* (si es que esto se puede dar en absoluto). El significado que se da a un comportamiento o experiencia es decisivo para la categorización diagnóstica. La categorización más grosera en la que puedo pensar en este contexto es la polaridad “sano/enfermo”, que aún así se aplica frecuentemente.

Recordemos a la mujer del cuento de García Márquez. Quiere hacer una llamada de teléfono. Para ella este deseo significa una actitud sana y responsable hacia su marido, a quien quiere informar de su retraso. Para el personal del hospital significa una idea obsesiva y enfermiza, y este significado determina el diagnóstico y el “tratamiento” que le acompaña. No es el deseo de la mujer de hacer una llamada telefónica lo que resulta decisivo para el diagnóstico de psicosis, es el significado patológico que se le atribuye.

## **El poder de interpretación y su distribución**

Ya que los significados son esenciales, la cuestión del poder en psicoterapia nos remite a la cuestión de quién posee el poder de conferir significados. En otras palabras: ¿quién es capaz de obligar a que se acepte su propia

interpretación, incluso ante la resistencia de la otra persona? Permítanme citar la famosa definición de poder que hace Max Weber:

“El poder es cualquier oportunidad que se da en una relación social de tener éxito en la propia voluntad, si hace falta contra una oposición, al margen de sobre qué esté basada esta oportunidad.” (1985, p. 28 – mi propia traducción).

Si aplicamos esta definición específicamente a la psicoterapia y a la atribución de significado podemos decir: posee el poder de interpretación quien tiene la oportunidad, en la relación terapéutica, de forzar la adopción del significado que se atribuye a un comportamiento, incluso contra la resistencia de la otra persona.

Ahora observemos brevemente cómo se distribuye el poder de interpretación en las formas convencionales de diagnóstico psicológico. Aquí nos encontramos a terapeutas que recopilan información de sus clientes (a veces también procedente de familiares de sus clientes o de terapeutas previos), toman la anamnesis, observan comportamientos, etc. A continuación filtran la información a través de patrones cognitivos de sus teorías, clasifican y ponderan los datos, los relacionan entre sí y, para finalizar, confeccionan sus diagnósticos. Es obvio: el poder de interpretación se distribuye de una forma muy unilateral; poco más o menos, los terapeutas lo reivindican para sí mismos.

Recordemos mi cita inicial acerca de la exposición sobre la colonización de los indios canadienses. La identidad de alguien se define para ciertos propósitos mediante un acto de poder y mediante el uso de estereotipos. Amundson *et al.*, (1993, p.113) subrayan que “conforme avanza el proceso de selección/diagnóstico/categorización, se puede crear un discurso colonialista...” en la sala de terapia.

## **La pseudocerteza**

No quiero contemplar estos asuntos únicamente desde una perspectiva ética, aunque esto en sí mismo sea ya suficientemente importante. Quiero

observarlos también desde un punto de vista científico. Esto me hace pensar que si una persona ejerce un poder de interpretación unilateral se coloca a sí misma en una posición de certeza que, examinada más de cerca, resulta ser de *pseudocerteza* ya que desde el interior del sistema no hay forma de verificar la certeza a la que ha llegado. No hay ninguna autoridad que pueda rebatir (o confirmar) los significados que esa persona ha puesto sobre la mesa ya que no se contempla a nadie más como competente para esta tarea. Los clientes, que posiblemente podrían mantener otra postura, no comprenden en la mayoría de los casos la terminología de la teoría diagnóstica. Menos aún conocen las implicaciones teóricas que forman parte de las etiquetas diagnósticas. Y, muy a menudo, no tienen la posibilidad de proveerse de la información teórica porque no se les cuenta a qué diagnóstico se les ha adscrito. El resultado del poder unilateral de interpretación, el diagnóstico, es mantenido en secreto por quienes tienen el poder. (Esta estrategia se conoce bien desde hace mucho tiempo; puedes conservar tu poder si lo ocultas.)

De esto extraigo la siguiente conclusión: el poder de interpretación puede inducir un sentimiento de certeza en el terapeuta si se distribuye de forma unilateral, sentimiento que, desde una perspectiva más elevada, puede ser desenmascarado fácilmente como una ilusión, una mera pseudocerteza. La historia de García Márquez ejemplifica esto claramente. Para el lector que adopta una posición superior es fácil ver que el personal de la clínica está totalmente convencido de cómo hay que interpretar el comportamiento de la “paciente”. Y no hay ninguna posición desde la cual se pueda cuestionar esta interpretación porque la única posición desde la que se podría hacer es la de la “paciente” misma, y su punto de vista no se toma en serio. A ella no se le otorga ningún poder de interpretación. Por tanto, se hace posible que el personal actúe de una manera que, a ojos del lector, está basada en suposiciones obviamente falsas. La certeza subjetiva del personal no es cuestionada. Esto ocurriría así incluso en el caso de un diagnóstico positivo que hubiera llevado a dar el alta del hospital a la “paciente” sin consecuencias negativas para ella.

Llegados a este punto me gustaría añadir algo a lo que he dicho hasta ahora. La certeza de los terapeutas que resulta de una distribución *unilateral*



del poder de interpretación no es en principio cuestionable y, por tanto, *siempre* será una pseudocerteza, incluso si desde una posición superior los significados que se atribuyen al comportamiento del cliente resultan ser “correctos”.

Esta afirmación no es únicamente relevante en el ámbito de los hospitales psiquiátricos, del cual surge el ejemplo de García Márquez. También lo es, con consecuencias menos graves, en el ámbito de la práctica privada, incluida la de los terapeutas gestalt, si siguen el paradigma convencional de diagnóstico. Algunos lo hacen (ver por ejemplo Delisle, 1991, y, en menor grado, Melnick and Nevis, 1992, o Yontef, 1993). Creo, eso sí, que estos autores jamás procederían de manera similar a la de los psiquiatras del cuento de García Márquez, aunque apuesten por el mismo paradigma. A menudo comienzan su argumentación como sigue:

“... no podemos no diagnosticar. (...) Constantemente derivamos significados tras desentrañar patrones a partir la experiencia desorganizada” (Melnick y Nevis, 1992, pp. 57-58).

Estoy completamente de acuerdo con esto (ver Staemmler, 1996). Nadie puede llegar muy lejos en este mundo complicado y multidimensional sin formarse patrones (“*gestalten*”) y generarse significados. La pregunta importante (para los terapeutas gestalt quizá más que para los demás) es *¿cómo* hacemos esto? ¿Lo hacemos de una manera que sea consistente con los principios básicos de nuestra teoría o preferimos hacerlo de una manera que sea consistente con los requerimientos de las compañías de seguros o los manuales diagnósticos de orientaciones teóricas muy diferentes?

Los autores antes mencionados concluyen que:

“... diagnosticar impide que los terapeutas gestalt se aislen de otros terapeutas con otras orientaciones teóricas. (...) Por tanto, aunque el uso de categorías diagnósticas pueda no ser totalmente congruente

con nuestra teoría, aún así las utilizamos para comunicarnos con otros” (*op.cit.*, p. 60)

Por supuesto, vuelvo a estar de acuerdo en que mantenernos aislados de los demás terapeutas no puede ser bueno ni para nosotros ni para nuestros clientes. Pero para mí esto no puede constituirse en razón para unirse a la manada de diagnosticadores convencionales. Estoy convencido de que podemos hacer las dos cosas. Por un lado deberíamos mantenernos fieles a nuestros principios y utilizar formas *gestálticas* de diagnóstico cuando trabajamos con nuestros clientes (he elaborado esto en mi libro sobre la *Relación terapéutica y el diagnóstico*, Staemmler, 1993). Por otro lado, debemos ser capaces de comunicarnos con terapeutas de otras orientaciones, como nos comunicamos con personas de otros países aprendiendo su idioma. Para esto no tenemos porque abandonar nuestra propia identidad y nuestro lenguaje. En lugar de eso, cabe la posibilidad de mantenernos conscientes de que, a veces, podemos decidir, por el bien de la comunicación, hablar una lengua que nos es *extranjera*.

Unirse a la manada puede conllevar fácilmente el acabar rodeado de ladrones. Recientemente tuve una experiencia que me resultó alarmante, en la que una colega gestaltista reclamó para sí misma el poder de interpretación de una forma absolutamente unilateral. En este caso no era una cuestión de diagnóstico en el sentido estricto del término, sino un fenómeno similar que me parece relevante mencionar aquí.

En una conferencia gestáltica, el codirector de nuestro centro, mi amigo Werner Bock, y yo dirigimos un seminario de supervisión en el que se ofrecía a las y los participantes la oportunidad de trabajar con uno de sus clientes bajo nuestra supervisión. Una participante pidió a una cliente suya si estaría dispuesta e interesada en venir al seminario y trabajar con ella bajo condiciones de supervisión. La cliente, que estaba en formación como terapeuta gestalt, aceptó de buen grado pues esperaba beneficiarse de la experiencia tanto en tanto que cliente como en tanto que alumna en formación. (De hecho, la sesión que se desarrolló con ella le resultó muy satisfactoria y en gran medida confirmó sus expectativas.)

A otra colega gestaltista que no había participado en nuestro seminario le contaron cuál había sido nuestro procedimiento. Por la noche se acercó a nosotros y nos criticó por haber cometido lo que ella calificó de “abuso” hacia la cliente. Esta persona, como cualquier otro cliente, nos dijo, estaba en una relación dependiente con su terapeuta y por tanto no era libre de rechazar la invitación a nuestro seminario. Le dijimos que nuestros clientes solían negociar e incluso negarse de cuando en cuando a nuestras propuestas, y que esta vez, igualmente, habíamos tenido la impresión de que estábamos ante una cliente que había tomado la decisión en una atmósfera de libertad y elección. Nosotros, al menos, habíamos dejado muy claro que podíamos aceptar *cualquier* decisión que ella tomara. (Después de esta conversación volvimos a preguntar a la cliente si se había sentido libre de hacer lo que quería y una vez más nos dijo que sí.)

Sin embargo, esta colega no aceptó nuestra explicación. Arguyó que “lo que diga la cliente no cambia nada”. Para ella, la cliente era prisionera de la transferencia y por principio no era libre de decidir por sí misma. Por tanto tenía que ser salvada del abuso... “¡incluso si ella no quiere!”

## **La investigación de Rosenhan**

Quiero ahora referirme a un estudio que despertó vehementes reacciones cuando se publicó en 1973. Hoy en día sus resultados son ampliamente aceptados. Subraya que las consecuencias negativas de una distribución unilateral del poder de interpretación no son solo una ficción, como en el cuento de García Márquez, sino que pueden ser una realidad instaurada en nuestro sistema social.

La investigación de Rosenhan ilustra de forma dramática los fallos que se pueden dar cuando trabajamos en el marco del diagnóstico convencional. Durante un período de tres años, Rosenhan envió a ocho pseudopacientes voluntarios a la oficina de admisiones de varios hospitales psiquiátricos. Cada pseudopaciente había recibido instrucciones para quejarse de que había estado escuchando voces:

“Cuando le preguntaban qué decían las voces, [cada pseudopaciente] replicaba que a menudo no eran claras y que lo más que podía contar es que decían ‘vacío’, ‘hueco’ y ‘ruido sordo’. La elección de estos síntomas se debió a su aparente similaridad con síntomas existenciales. También la determinó la total *ausencia* de informes sobre psicosis existenciales en la literatura. Más allá de alegar estos síntomas y de falsificar el nombre, el oficio y el lugar de trabajo, no hubo ninguna otra alteración de la persona, de su historia o de sus circunstancias. Tras ser admitido en el pabellón psiquiátrico, el pseudopaciente cesaba inmediatamente de simular *ningún* síntoma de anormalidad. A pesar de su ‘demostración pública’ de cordura, los pseudopacientes nunca fueron detectados. Admitidos todos, excepto en un caso, con diagnóstico de esquizofrenia, se les dio el alta con un diagnóstico de esquizofrenia ‘en remisión’. El fracaso general para reconocer la cordura no puede atribuirse a la calidad de los hospitales porque, aunque había considerables variaciones, mucho de ellos eran considerados excelentes. Tampoco se puede alegar que no hubo tiempo suficiente para observar a los pseudopacientes. El tiempo de hospitalización varió entre siete y 52 días, con 19 días de media. (Rosenhan 1973, p. 251f.; la cursiva es de Rosenhan).

La conclusión de Rosenhan fue esta: “... el diagnóstico psiquiátrico revela poco sobre el paciente, y mucho sobre el entorno en que el observador se lo encuentra” (*ibid.*). (Diré algo sobre la teoría de campo más adelante.)

## **Contexto y significado**

La conclusión de Rosenhan muestra cómo el contexto en el que se atribuyen los significados penetra directamente en el contenido de los propios significados. Un tema que constituye una definición *a priori* en el marco de un pabellón psiquiátrico es quién está “loco” y quién no, de la misma manera que en la prisión está claro quién tiene las llaves y quién no las tiene. La razón por la que se le atribuye al paciente el estar “loco” en primera instancia es tan solo el habérselo encontrado en esa situación, a la que ha llegado a causa del diagnóstico. Puede ocurrir, por tanto, que

doctores y psicoterapeutas con buenas intenciones (y en absoluto les quiero imputar una mala intención, porque ellas y ellos son también parte de este campo) corran peligro de ver las cosas desde el ángulo que les sugiere su contexto.

Como terapeutas gestalt que trabajamos en diferentes instituciones estamos en un campo similar y en un peligro similar. Necesitamos ser conscientes de que en cuanto nos encontramos con nuestros clientes en nuestras consultas tendemos a atribuir significados a comportamientos que no atribuiríamos en circunstancias diferentes. El hecho de que yo como “terapeuta” en la “situación terapéutica” soy quien observo a la/el “cliente” puede hacer que algunos de sus comportamientos me parezcan extraños o incluso patológicos. Si estuviera observando esos mismo comportamientos en la vida cotidiana, por ejemplo en una cafetería, probablemente me parecerían incidentales y los tomaría por una extravagancia o ni siquiera me llamarían la atención.

Estos factores pueden llevar a extremos absurdos. Los terapeutas que se reservan el cien por cien del poder de interpretación pueden insistir en su interpretación de una situación sin albergar ninguna duda a pesar de que haya hechos contradictorios. Son “terapeutas”, y a su entender esto es razón suficiente como para tomar esta certeza como una expresión de su competencia profesional. Los clientes con los que se enfrentan también pueden insistir en su punto de vista de las cosas sin albergar ninguna duda a pesar de que haya hechos contradictorios. Ambas partes se aferran a sus sistemas de creencias aunque haya pruebas que los contradigan; ninguno de ellos investiga su interpretación teniendo en cuenta el contexto y/o el punto de vista opuesto. Ambas hacen básicamente lo mismo. Sin embargo, adivinen a quién es más probable que se considere sano y a quién enfermo. En este caso extremo, la aplicación de un sistema engañoso define qué se considera un sistema engañoso.

## **El poder unilateral de interpretación y la incertidumbre necesaria**

De las reflexiones que he presentado hasta ahora puedo extraer la siguiente conclusión. En tanto que yo, como terapeuta, no comparta el poder de interpretación con mis clientes, y en tanto que piense que puedo atribuir significados a sus comportamientos de forma unilateral, únicamente podré estar en una situación de *incertidumbre* o de *pseudocerteza*. Si bajo estas condiciones me siento *seguro* es porque he negado que conozco los errores que pueden resultar de un ejercicio unilateral del poder de interpretación y que, en realidad, solo me es posible estar pseudoseguro. Por otro lado, también puedo tomarme en serio mi conocimiento de todo esto y recordar entonces que, bajo las condiciones dadas, no tengo elección y *debo* no estar seguro. Esta incertidumbre es *adecuada* en la realidad interpersonal presente y, por tanto, ¡debo acogerla!

De todas formas, llegados a este punto de mi línea de razonamiento, me surgen problemas relacionados con la importante necesidad que siento de certeza, necesidad que, como he mencionado antes, es humana y terapéuticamente legítima. ¿Cómo puedo acoger mi incertidumbre cuando, al mismo tiempo, siento necesidad de certeza?

## **La incertidumbre cultivada**

Mi idea de cómo superar este dilema es como sigue. En lugar de dejar a la incertidumbre en su estado primitivo e improductivo, que puede dar lugar a una falta de orientación y puede anular todo poder persuasivo, lo que intento es *cultivar* mi incertidumbre. Lo que no puedo evitar, y en este caso no quiero evitar, he de cultivarlo.

Cultivar mi incertidumbre significa para mí dos cosas. En primer lugar, tengo que mantenerme consciente de que en ningún momento puedo estar seguro respecto a la atribución de significados *que yo hago*; me manejo con un sentimiento positivo, deseable y delicioso que me recuerda la realidad interpersonal de la que soy parte. A otro nivel, esto mismo me puede proporcionar una sensación de seguridad, ya que me dice que estoy en contacto con la realidad. Mi incertidumbre se vuelve así parte de mi sistema interno de apoyo. Me alerta para que no atribuya significados de forma

unilateral y me refuerza para contemplar a mi cliente como una compañera o compañero en el proceso terapéutico.

En segundo lugar, cultivar mi incertidumbre significa utilizarla en beneficio de mis clientes, es decir, para que proporcione actitudes y procedimientos que hagan posible encontrar una orientación para mí mismo, así como dar apoyo al proceso de cambio de mis clientes. Puedo así entonces mantenerme inseguro sin volverme incapaz ni perder la dirección. Y puedo también sostener mi incertidumbre de forma convincente, de una manera en la que irradie el poder de persuasión que mis clientes necesitan de mí.

Desde mi punto de vista hay una larga lista de actitudes y procedimientos en terapia gestalt que apoyan la incertidumbre del terapeuta y contribuyen a cultivarla. A continuación quiero mencionar algunos ejemplos. Mi objetivo es ilustrar la versatilidad de nuestro fondo teórico y metodológico en terapia gestalt, que creo adecuado para ayudarnos a abandonar la pseudocerteza del diagnóstico convencional y otras formas de encasillamiento y a utilizar en su lugar nuestra incertidumbre de una forma terapéutica. La incertidumbre cultivada debería ser, en mi opinión, una actitud básica del terapeuta gestalt (ver también Miller, 1990).

## **La relación yo-tú**

En su antropología filosófica, Martin Buber (1958) indica que hay un aspecto en el que todos los seres humanos son iguales: todos ellos son *únicos*. Con esta palabra no se refiere a ser especial, como hacemos cuando atribuimos un valor superior o inferior a una persona. Solo quiere decir que, en la esencia de su ser, cada persona es diferente a todas las demás personas del mundo. Por tanto, en cada persona con quien nos encontramos podemos descubrir algo que nunca habíamos visto antes. Cada persona será diferente, al menos en algún sentido, de cualquier otra persona que hayamos llegado a conocer. Sería, pues, extraño suponer que tras un corto periodo de tiempo uno vaya a poder ser capaz de conocer con certeza a la persona con la que se encuentra. Hay una incertidumbre que siempre permanece y puede ser cultivada y transformada. Podemos volvernos *curiosos* para averiguar cómo cada persona con la que nos encontramos es

diferente de cualquier otra persona con la que nos hayamos encontrado antes.

Por supuesto, esto solo es posible si estamos preparados para buscar la singularidad de la persona en vez de ir tras otra encarnación más de una categoría diagnóstica dada. Tenemos que *rechazar las categorías pre-formadas* para poder practicar lo que Buber llama “inclusión”. Estar abierto a la novedad puede causar incertidumbre, pero si lo cultivas, puede transformarse en un remedio contra el aburrimiento profesional y la rutina y te puede ayudar a sostener tu *viveza* en el trabajo.

Estar abierto a nuevos encuentros implica abandonar la posición del observador aparentemente objetivo, que desde la distancia de su perspectiva diagnóstica convencional clasifica y evalúa a la otra persona. Significa bajar al nivel del contacto personal directo en el cual tanto la *subjetividad* de la paciente como la de la terapeuta son la dimensión esencial. Significa evitar la seguridad de una relación-sujeto-a-objeto, ya que cualquier intento de negar la subjetividad significaría negar la propia cualidad subjetiva humana de uno mismo y, de ese modo, retirarle a la cliente el homólogo humano que necesita con urgencia para su crecimiento personal. Si miramos esto de esta forma, la subjetividad que acompaña a la incertidumbre puede dar lugar a un aumento de la *humanidad*.

## **La fenomenología**

Uno de los métodos más importantes en mi trabajo terapéutico es el método fenomenológico de “poner entre paréntesis” mis presuposiciones. Tiene su origen en Husserl (1931/1980) y Hycner lo describe como sigue:

... el/la terapeuta intenta suspender, al menos de forma momentánea, todo su conocimiento *genérico* sobre las personas, su conocimiento *genérico* sobre psicopatología y categorías diagnósticas, para poder así estar *todo lo abierto/a que sea posible a la singularidad de la otra persona*. (1985, p. 37. La cursiva es de Hycner)



Por consiguiente, la perspectiva del terapeuta puede cambiar y ampliarse. Esto podría darse solamente en un cierto grado, por supuesto, pero aún así es muy útil como podemos ver en la investigación de la que informa Spinelli (1989, p.56). Esta investigación sugiere que la incertidumbre en su forma cultivada puede llevar a la *creatividad*.

Hay un segundo método fenomenológico que casi surge por sí mismo a partir del método de poner entre paréntesis. Si suspendemos nuestras suposiciones e interpretaciones teóricas tenemos que basarnos en lo que podemos *percibir y describir*. Por supuesto, nuestra percepción puede ya contener en sí misma varias interpretaciones y es siempre subjetiva, ya que está influida por el condicionamiento social así como por factores de nuestro organismo de tipo bioquímico, fisiológico y genético. Aún así, podemos intentar poner entre paréntesis tantos de estos factores como sea posible y restringirnos a la descripción de nuestros datos perceptivos. En el canal visual podemos nombrar colores y formas, en el canal acústico podemos hablar de ritmos y modulaciones, etc. A veces la única base que tienen en común paciente y terapeuta, si sus juicios difieren mucho, es el acuerdo sobre lo obvio.

Hay otro procedimiento fenomenológico que implica estar dispuesto, en primera instancia, a *otorgar el mismo peso* a cualquier información. Si somos demasiados rápidos a la hora de contemplar una información como importante o irrelevante, esto puede bloquear fácilmente nuestra percepción de constelaciones que no hemos visto previamente. En relación con esto, la incertidumbre cultivada da lugar a *nuevos descubrimientos*.

## **El constructivismo**

El principio básico del constructivismo es la suposición de que la realidad es algo *creado* por las personas. La realidad no es algo que está ya “ahí” de manera que lo único que hace falta es ir a descubrirla. Este principio se aplica especialmente a las realidades sociales y psicológicas con las que tenemos que manejarnos en psicoterapia. No vemos a nuestros clientes como *son* en un sentido absoluto del término. Más bien, nos hacemos una

construcción de ellos, y nuestra construcción influye en cómo ellos construyen su propia realidad.

Nuestras construcciones son siempre subjetivas y relativas. No pueden transmitir la certeza que conllevaría una visión del mundo que asume que uno puede conocer *la* realidad. La incertidumbre que resulta de esto puede, en su forma cultivada, volverse una *modestia* que nos puede ayudar a no ponernos por encima de otras personas y a no atribuir más validez a nuestra visión de las cosas que a la de los demás.

Si reconocemos la responsabilidad que tenemos en nuestras construcciones podemos también cultivar nuestra incertidumbre hacia una consciencia de *libertad*, ya que cuanto más consciente somos de cómo construimos nuestra realidad, más opciones tenemos para construirla de formas diferentes. Esto nos proporciona más *flexibilidad* como terapeutas y a su vez crea más oportunidades para que nuestras clientes se construyan a sí mismas de forma diferente.

En mi opinión, el principio constructivista es útil sobre todo en relación con los significados que la gente atribuye a los eventos y a las corazonadas que desarrollan sobre las “causas”. ¿Con qué frecuencia nos comportamos de una cierta manera “porque” hemos tenido una experiencia que tuvo unas ciertas consecuencias? *Construimos* estas conexiones causales “porque” tendemos a extraer conclusiones generalizadas a partir de eventos singulares para asegurarnos de que los éxitos se repetirán y los fracasos se evitarán. Los organismos menos diferenciados también hacen esto. Pienso, por ejemplo, en las palomas “supersticiosas” de Skinner en sus cajas. Con periodicidad regular (por ejemplo, cada dos minutos) un sistema automático de alimentación depositaba una semilla en la caja. Muy pronto las palomas comenzaban a mostrar una conducta peculiar y estereotipada. Una de ellas caminaba de la misma manera todo el rato, otra mantenía la cabeza permanentemente girada como si estuviera buscando algo alrededor, la tercera no dejaba de limpiarse...

Puede que esto duela a nuestro orgullo humano, pero creo que acierto cuando digo que muchas conexiones “causales” que construyen las

personas a lo largo de sus vidas no son mucho más racionales que las de las palomas. Para mí, que esto sea así nos puede *animar* a cuestionar las conexiones “causales” que nuestros clientes construyen para sí mismos (“Soy esto y lo otro y me comporto de esta y esta otra manera *porque...*”). También es un apoyo para cuestionarme las propias construcciones que hago de mí mismo y de mis clientes (“Esta persona es esto y lo otro y se comporta de esta y esta otra manera *porque...*”). Hacer esto me hace sentir inseguro de vez en cuando, pero confío en que colabora a que mis procedimientos estén algo más cultivados que los de las palomas; y, de nuevo, esto tranquiliza a mi orgullo.

## La teoría de campo

La teoría de campo psicológica, tal y como la planteó Kurt Lewin, forma históricamente uno de los más importantes fondos de la terapia Gestalt. En mi opinión representa otra fuente a partir de la cual uno puede cultivar su propia incertidumbre como terapeuta. Lewin señaló que la conducta de una persona:

“... no depende de la presencia o ausencia de un factor o un conjunto de factores contemplados de forma aislada, sino de la constelación (la estructura y las fuerzas) como un todo del campo específico.” (1951, p.150)

Una persona que observa un campo específico es siempre parte de este campo y no debe ser aislada de él, ni en la práctica ni en la teoría. Imaginemos la cara de alguien en una fotografía: muy a menudo se puede ver la reacción tensa que surge en la situación de estar siendo fotografiado. No necesariamente nos muestra a una persona que tenga la cara tensa en general.

Aplicado al campo de los clientes en terapia, esto quiere decir que sólo podemos comprender sus comportamientos particulares si tenemos en cuenta la influencia de sus terapeutas. Nuestros clientes se comportan en nuestra presencia y en la situación terapéutica de forma diferente a la que se

comportan en otras circunstancias. Por tanto, un diagnóstico que establezca un terapeuta es solo completo si tiene en consideración las influencias bajo las cuales se ha establecido, es decir, el hecho de que hay alguien que está diagnosticando, cómo se relaciona esta persona con la persona que recibe el diagnóstico, cómo se ven la una a la otra, etc. Nos tenemos que dar cuenta de que la generalización de un diagnóstico tiene límites. Un diagnóstico no puede ser transferido fácilmente a situaciones diferentes en que la persona existe en un campo diferente. Cada campo tiene su “singularidad” (ver Parlett, 1991, p. 72) y su “perspectiva temporal” particular (Frank, 1939), por mencionar solo dos términos que son relevantes en este contexto.

Cada impresión que me llevo de mis clientes la recibo en un momento único del tiempo, en una situación que no puede repetirse y sometida a mi particular influencia. Hay tantos factores inherentes a esta interacción compleja que toda la incertidumbre que pueda sentir respecto al alcance de la generalización de mis impresiones cabe entenderla únicamente como una reacción apropiada, dadas la versatilidad, la complejidad y la variabilidad del campo.

## **El proceso**

En terapia Gestalt siempre hemos considerado importante pensar que los seres humanos, e incluso las cosas, están en constante flujo, en vez de verlos como entidades fijas, sólidas, inmóviles y no cambiantes. En este contexto, muchos de nosotros hemos recurrido a Heráclito, quien hace 2.500 años sostuvo la opinión de que “todo fluye”. Otro famoso fragmento de Heráclito empieza con las siguientes palabras que el lector posiblemente conocerá:

“Uno no puede entrar dos veces en el mismo río...”

Pero sigue:

“... ni tampoco puede asir ninguna substancia mortal en una condición estable, ya que se desperdiga y de nuevo se reúne; se forma y se disuelve, se aproxima y parte” (en Kahn, 1979, p.53).

Heráclito quiso subrayar que los seres humanos viven en un constante proceso de cambio. A veces este cambio tiene lugar de forma rápida; a veces tiene lugar de forma muy lenta y solo se puede distinguir con dificultad. Por tanto, en ocasiones tenemos que observar un periodo largo de tiempo si queremos descubrir cambios (véase Yontef, 1988). Esto se puede comparar con una película de cine. Si solo miras una breve sección ves una imagen fija, pero si miras durante un tiempo un poco más largo, la imagen cobra vida y puedes ver el movimiento. Las personas que parecen no cambiar parece que no cambien como resultado de una manera acortada que tenemos de observarlas, no como resultado de su forma de ser. Un diagnóstico estático revela más de la persona que lo ha establecido que de la persona a la que se adscribe.

La conclusión que quiero extraer de esto y de todo lo que he dicho anteriormente es la que sigue. La capacidad para el cambio acompaña a la incertidumbre; no sabemos lo que ocurrirá en el momento siguiente, el día siguiente, el año siguiente. Cultivar la incertidumbre significa volverse *optimista* y esperar que el cambio será posible, incluso si (aún) no podemos percibirlo. También significa estar preparados para lanzar por la ventana cualquier impresión que nos hayamos hecho de nuestros clientes, si es necesario inmediatamente después de hacérsela, para estar *abiertos* a formarnos nuevas imágenes una y otra vez.

## Notas

1. Este artículo se basa en una conferencia impartida en los “Días Gestalt de Munich”, en septiembre de 1993. Fue publicado por primera vez en la revista alemana *Integrative Therapy* (1994, **20**, 3, pp.272-288) y traducido [al inglés] por el autor y corregido por Bruno Just. El autor está en deuda con los editores de *Integrative Therapy*, Junfermann Verlag, Paderborn, Alemania, por permitir que el artículo fuera publicado en el *British Gestalt Journal*.

2. No fue hasta 1996, tres años después de impartir mi conferencia original, que me encontré este artículo de Amundson *et al.* en el que se presentan ideas muy similares a las mías.

## **Bibliografía**

Amundson, J., Stewart, K. and LaNae, V. (1993). Temptations of Power and Certainty. *Journal of Marital and Family Therapy*, **19**, 2, pp. 111-123.

Buber, M. (1958). *I and Thou*. Scribner's Sons, New York

Delisle, G. (1991). A Gestalt Perspective of Personality Disorders. *British Gestalt Journal*, **1**, 1, pp.41-50.

Frank, L. K. (1939). Time Perspectives. *Journal of Social Philosophy*, **4**, pp.293-312.

García Márquez, G. (1994). *Strange Pilgrims*. Penguin Books, London/New York

Husserl, E. (1913/1980). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Psychologie*. Neimeyer, Tübingen.

Hycner, R. (1985). Dialogical Gestalt Therapy: An Initial Proposal. *The Gestalt Journal*, **8**,1, pp.23-49.

Kahn, C. H. (Ed.). (1979). *The Art and Thought of Heraclitus: An Edition of the Fragments with Translation and Commentary*. Cambridge University Press, Cambridge.

Lewin, K. (1952). *Field Theory in Social Science*. Tavistock, London.

Maslow, A. (1954/1970). *Motivation and Personality*. Harper and Row, New York.

Melnick, J. and Nevis, S. M. (1992). Diagnosis: The Struggle for a Meaningful Paradigm. In Nevis, E.C. (Ed.). (1992). *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications*. Gardner Press, New York.

Miller, M.V. (1990). Toward a Psychology of the Unknown. *The Gestalt Journal*, **13**, 2, pp. 23-41.

Parlett, M. (1991). Reflections on Field Theory. *British Gestalt Journal*, **1**, 2, pp. 69-81.

Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, **179**, pp. 250-258.

Spinelli, E. (1959). *The Interpreted World: An Introduction to Phenomenological Psychology*. Sage, London.

Staemmler, Frank-M. (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose [Therapeutic Relationship and Diagnosis]: Gestalttherapeutische Antworten*. Pfeiffer, München.

Staemmler, Frank-M. (1996). *Prozeß und Diagnose*. Gestalt-Publikationen, Würzburg

Weber, M. (1985). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie, Bd. 2*. J.C.B. Mohr, Tübingen.

Yontef, G. (1988). Comments on 'Boundary Processes and Boundary States'. *The Gestalt Journal*, **11**, 2, pp. 25-35.

Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue, and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Gestalt Journal Press, Highland, New York.

