

EL PACIENTE Y EL TERAPEUTA

No resulta fácil explicar con palabras sencillas en que consiste la psicoterapia psicoanalítica, como se lleva a cabo y qué sucede durante la misma. Como toda acción humana compleja requiere para su descripción de una considerable cantidad de elementos previos, premisas teóricas y tecnicismos varios que en numerosas ocasiones dificultan su comprensión a los no iniciados ; es decir, a aquellos que no comparten un lenguaje específico o un marco referencial teórico común.

Esta dificultad es producto de diferentes circunstancias que se acordonan en torno a la psicoterapia psicoanalítica. Circunstancias que tienen relación con; emoción y técnica. La psicoterapia psicoanalítica es una forma de tratamiento psicológico en la que ambos elementos, los emocionales y los técnicos, juegan un papel primordial. La psicoterapia psicoanalítica es, básicamente un proceso que discurre sobre el riel de las emociones, sobre los sentimientos, de los que en ella participan (paciente y terapeuta). La teoría y la técnica psicoanalíticas nos brindan los instrumentos teóricos y técnicos para intentar una mejor comprensión de los sentimientos, es cierto; pero lo que queremos aquí resaltar es la materia prima con la que se trabaja en psicoterapia psicoanalítica son los sentimientos y afectos (conscientes e inconscientes) humanos. Esta particular combinación de sentimientos y técnica es lo que sugiere a muchos profesionales la idea de que la psicoterapia psicoanalítica es arte y ciencia simultáneamente. Probablemente no sea ninguna de las dos cosas, aunque tenga algo de ambas. No entraremos aquí a polemizar sobre un tema que, como tantos otros referidos a la mayor o menor científicidad de la psicoterapia psicoanalítica, el psicoanálisis,..., suelen resultar, simple y llanamente, una pérdida de tiempo.

Intentaremos describir en que consiste ese encuentro tan particular entre dos o mas seres humanos en el que los aportes de uno, el que solicita ayuda (transferencia), se combinan con los del otro, el que la brinda (contratransferencia y técnica), y en base a un acuerdo entre ambos (alianza de trabajo) se produce un resultado que, en principio, se espera que sea beneficioso para aquel que demanda la ayuda (y para el terapeuta que la ofrece).

No cabe duda de que con la descripción de los fenómenos de transferencia y contratransferencia, alianza de trabajo y recursos técnicos que emplea el terapeuta, habremos dado cuenta de parte de lo que ocurre en el modelo terapéutico de la psicoterapia psicoanalítica.

Los instrumentos técnicos de los que dispone el terapeuta (clarificación, confrontación, señalamiento e interpretación, además del encuadre) están al servicio de los aspectos emocionales sobre los que pivota la relación entre terapeuta y paciente, transferencia y contratransferencia, respectivamente. Sólo si aceptamos esta premisa podemos entender que, tal y como se ha sugerido en numerosas ocasiones, sea la personalidad del terapeuta el agente curativo que ha de utilizaren el ejercicio de su profesión . La personalidad del terapeuta juega un papel tan importante en la psicoterapia psicoanalítica ya que es la que le permitirá escuchar y comprender lo que el paciente le está mostrando, respondiendo emocional y profesionalmente a ello. La idea es que a través de la personalidad del terapeuta y la del paciente se creará una relación emocional entre ambos. La comprensión y análisis de la dinámica de esta relación es la base fundamental de la psicoterapia psicoanalítica, tal y como Freud ya intuyó al tratar a sus primeros pacientes:

No puedo imaginarme que lograra profundizar en el mecanismo psíquico de una histeria en una persona que se me antoja vulgar o desagradable, que en el trato más asiduo no fuera capaz de despertar una simpatía humana (...)

Así pues, consideramos el proceso de la psicoterapia psicoanalítica es el resultante de las aportaciones del terapeuta y del paciente y que, a su vez, el devenir y el resultado del mismo también dependen de las contribuciones de ambos.

Es bajo esta perspectiva de orden relacional en la que nos situaremos para ir desglosando los diferentes movimientos emocionales y cuestiones técnicas que corresponden a uno y otro miembro de la relación terapéutica. Así por parte del terapeuta, examinaremos la contra transferencia y los instrumentos técnicos que emplea, o puede emplear, en el curso de la psicoterapia psicoanalítica y por parte del paciente revisaremos el fenómeno de la transferencia. Consideraremos la alianza de trabajo como un efecto de los primeros encuentros entre ambos. Puesto que sin una adecuada alianza de trabajo el resto de los movimientos emocionales o técnicas disponibles quedan muy comprometidos en cuanto a su futuro, empezaremos nuestra revisión por este último concepto.

EL CÓMO Y EL POR QUÉ DEL TRABAJO CONJUNTO DEL PACIENTE Y TERAPÉUTA.

El espíritu que debe reinar en el ánimo de los dos participantes de la psicoterapia psicoanalítica, una actitud exenta de prisas y destinada a una auténtica tarea de exploración e investigación.

El terapeuta debe ser capaz de transmitir a su paciente la idea de que ambos inician un proceso de investigación sobre el psiquismo de este último, en el supuesto de que, si se logra una mayor comprensión del mismo, esto puede ser favorable para beneficio del paciente. Como tal investigación se toma su tiempo para desarrollarse a su máximo rendimiento y ofrecer sus resultados más sólidos.

Aunque es innegable que en el ánimo de todos anida el deseo de la curación, paciente y terapeuta deben poder someter este deseo a las exigencias del método terapéutico, cuyo eje principal no es precisamente el abordaje directo y rápido de las aflicciones, sino el establecimiento de una relación terapeuta/paciente que permite el mayor despliegue posible de psiquismo de este último, para su análisis y comprensión.

Lo más frecuente es que el paciente acuda a consulta con una idea que en poco se acerca a la que acabamos de describir. Lógicamente los pacientes acuden apremiados por sus dificultades emocionales, sus síntomas psicopatológicos y sus conflictos vivenciales. Su demanda, suele presentarse de modo diferente al que aquí se está planteando. Hay pacientes que solicitan alivio de su sufrimiento y conflictos de modo que parecería que el terapeuta debe ser capaz de extirpárselos como si estos se tratasen de un quiste u objeto extraño en el interior de su organismo. Otros en cambio, tratan de convertir al terapeuta en un receptáculo donde depositar sus emociones más disonantes sin buscar la más mínima comprensión sobre las mismas

¿Cómo podemos definir la alianza de trabajo? Se Trata de la capacidad de colaboración a la que son capaces de llegar el terapeuta y el paciente para trabajar conjuntamente hacia el objetivo primordial de toda psicoterapia psicoanalítica: la investigación sobre el funcionamiento mental del paciente; terapeuta y paciente se ponen de acuerdo sobre lo que quieren hacer. Naturalmente esto no significa que puedan acordar cualquier cosa, al menos si lo que pretenden es llevar a cabo una psicoterapia psicoanalítica. Si esta es la idea el paciente deberá poder aceptar las reglas básicas y el encuadre de la misma.

Reglas básicas:

Suele hablarse a partir de Freud de dos reglas básicas que caracterizan al tratamiento analítico: por parte del analizante (decir ocurrencias o asociación libre) y por parte del analista, el prestar una determinada atención, la atención flotante, a lo que el analizante dice.

Estas dos reglas básicas no solo marcan la diferencia con el resto de las modalidades de tratamientos psicológicos, sino que son los indicadores específicos de la ruptura epistemológica que supone la irrupción del pensamiento de Freud en la historia del pensamiento occidental. El propósito es reflexionar sobre el alcance de estas dos reglas básicas y articularlas con la transferencia.

- En primer lugar, hacer unas consideraciones sobre el habla y la escucha en la sesión analítica. Partiré de la confrontación de dos textos, uno de ellos de Schiller, que Freud introdujo en el segundo capítulo

de la interpretación de los sueños , realizada en 1909, el segundo un texto de Freud del mismo capítulo.

- En segundo lugar desde la perspectiva del habla y la escucha trataré la transferencia.

1. El habla y la escucha en la sesión analítica.

Confrontar estos dos textos puede servirnos de introducción a las reflexiones sobre las reglas básicas del tratamiento psicoanalítico.

Schiller crea una metáfora espacial el entendimiento es presentado como un espacio con puertas por tanto, con una interioridad protegida, hacia donde afluyen las ideas. Hay una exterioridad de las ideas con respecto al mismo pensar. Ese lugar desde el que proceden las ideas sería la imaginación. La labor de la crítica consistiría en detener, en las puertas, a las ideas y examinarlas. Si en esta labor emplea demasiado rigor queda perjudicada la obra creadora del alma. ¿En qué consiste ese demasiado rigor?, precisamente en aislar las ideas de su conexión con las demás. La crítica ataca, principalmente, a las conexiones, pues percibe que una idea no es sin sus conexiones. Queda así protegido en su espacio interior, pero perjudicada la producción poética.

Para que se produzca la creación es necesario retirar la guardia de las puertas, dar paso libre a las ideas, dejar que se precipiten hacia ese espacio interior y darles, ahí un tiempo suficiente para contemplarla (cada idea) en su unión con esas otras. Entonces puede el entendimiento dominar con la vista el gran cúmulo y moderarlo.

La contemplación de las ideas adquiere un papel privilegiado en el trabajo de la producción poética . Adviértase que la contemplación es un momento segundo del entendimiento con respecto a las ideas. Sólo es posible si las ideas han traspasado las puertas y son retenidas en el espacio interior. Podríamos decir, si han accedido a ese escenario de representación, pues es refiriéndonos a este escenario cuando propiamente podemos hablar de representaciones. Han debido experimentar un desplazamiento hacia ese espacio interior donde quedan expuestas a la contemplación. Es entonces cuando están en disposición de cambiar de valor: si antes parecían desdeñables, ahora pueden entregarnos un eslabón muy bien concertado En ello residirá el acto creativo, entonces puede el entendimiento dominar con la vista el gran cúmulo y modelarlo.

El final del texto de Schiller es una invectiva contra los señores críticos . Ha cambiado el interlocutor. Ya no se trata de un amigo al que se le dan explicaciones para que pueda entender su situación de esterilidad poética y con las que se está intentando dar una queja.

El texto de Freud va dirigido a establecer la distinción entre reflexión y autopercepción. Distinción necesaria para fundamentar la metodología de la interpretación de los propios sueños.

El que reflexiona, a juicio de Freud, ejerce la crítica sobre las ocurrencias. Son tres los posibles efectos de la crítica:

- Desestimación de una parte de las ocurrencias después de haberlas percibido.
- Interrupción de las vías de pensamiento que hubieran abierto.
- Sofocación antes de la percepción para que ni siquiera devengan conscientes.

En cambio el que se observa a si mismo no tiene mas trabajo que el de sofocar la crítica. La autopercepción supone pues un efecto de sofocación. Es así como se agolpan en su conciencia una multitud de ocurrencias que de otro modo habrían permanecido inaprehensibles. Se aumenta el campo perceptivo.

A continuación se enfrenta Freud, con el problema de la transformación de las representaciones involuntarias en imágenes visuales y acústicas. El tema es de máxima importancia en el recorrido que estamos haciendo. Y es este el eslabón que nos lleva a la segunda parte de nuestro recorrido.

2. La transferencia.

Hasta ahora hemos hecho una descripción, a partir del texto de Schiller, tomado por Freud como referencia, de los procesos de transformación (desplazamientos y nuevos enlaces) que experimentan las ideas en la terminología de Schiller o, en la terminología de Freud, las ocurrencias.

Nos preguntamos que es lo que hace posible esos procesos de transformación. ¿Por qué los pensamientos inconscientes se desplazan por los diferentes espacios psíquicos, rompen sus nexos con otros pensamientos y establecen nuevos nexos?.

Lo primero de todo, una reflexión sobre el significado del término utilizado por Freud: *ubertragung*. Equivale a traslado, envío, transferencia. Es el primer significado con el que Freud usa el término en *La interpretación de los sueños*. Se trata de un traslado de sentido que realiza el deseo inconsciente: determinado significado atribuido a un determinado significante es desplazado hacia otro significante. Es este precisamente el descubrimiento freudiano sobre los sueños. Los sueños en sí, no significan nada. Utilizan significantes (restos diurnos, recuerdos,...) y les cambian las conexiones que tienen en la vigilia, estableciendo nuevas conexiones. Será a partir del relato del sueño cuando se puedan ir desvelando algunos de esos desplazamientos y cambios en las conexiones. La interpretación de los sueños, en esta época consistía en el desciframiento de las diversas transferencias que va realizando el deseo inconsciente de unos significantes a otros, eligiendo aquellos con los que disfrazarse mejor para huir de la censura.

El analista, o mejor lo que representa el analista para el deseo del analizante, va a incorporarse a este movimiento de transferencias como un significante más entre aquellos por los que circula el deseo. El analista se ofrece como un significante más en el mercadeo de transferencias. Por tanto, expuesto a ser utilizado de muy diversas maneras en los avatares del deseo. Entonces, La transferencia freudiana es el momento en que el deseo del paciente se apodera del terapeuta, en que el psicoanalista, no su persona, imanta las cargas liberadas por la represión.

No es, pues, la transferencia, en su esencia, un movimiento de afecto dirigido a la persona del analista. Ello pertenece a los fenómenos transferenciales.

La transferencia en sí misma debe considerarse como el ir haciéndose realidad lo inconsciente, en un tiempo localizable. Realidad sexual de la que no sabemos ni podemos saber. Pero de la que algo inferimos por el hecho de quedar incluido el analista (lo que representa para el analizante) en el juego de desplazamientos del deseo. Y, precisamente por ello, por este quedar el analista a disposición del deseo, la transferencia puede ser un obstáculo para la cura o, por el contrario, convertirse en un auxiliar más poderoso.

No se trata, por tanto, de un mayor o menor afecto entre el analizante y el analista, ni de la cualidad de tal afecto, sino el ponerse o no en acto una determinada estructura y de los efectos que ella produce en el proceso de la cura. En el desarrollo del proceso, la transferencia viene a convertirse, paradójicamente, en lo que más facilita y lo que más bloquea. Y de este transcurrir de los efectos de una estructura en acto, tenemos noticia por el fluir o no de las ocurrencias.

¿A qué se debe el fluir o no de las ocurrencias?

Habría que suponer que los pensamientos que se resisten a pasar al espacio de la transferencia son aquellos que están asociados a acontecimientos vividos por el sujeto como traumáticos. La represión ha actuado sobre ellos con especial fuerza y no permiten que puedan ser recordados. Están destinados a repetirse.

Se trata de una resistencia específica que se debe a la conexión de esos pensamientos con la figura del analista. Resistencia a volverse a encontrar con la situación traumática, anudada ahora a la presencia del analista. Y resistencia, dice Freud no debida al inconsciente no hay que olvidar que el inconsciente, lo

reprimido, no ofrece ninguna resistencia a los esfuerzos de la cura, sino debida al yo, la resistencia del analizado parte de su yo.

Posiblemente la resistencia de los pensamientos, en el espacio de la transferencia, se debe al hecho de que se perciben, en conexión con la figura del analista, en un proceso de transformación en imágenes visuales. El resultado de tal trasposición es la visualización y presentificación del acontecimiento traumático. En ello residiría el carácter resistencial de la transferencia.

Y de ahí la necesidad del trabajo en transferencia para que pueda reactualizarse la situación traumática, desprovista de su carga pulsional sexual, dicho de otra manera, para que pueda historizarse. La denominada regla de la abstinencia aparece, desde esta perspectiva, como la condición impuesta por la ética psicoanalítica para que pueda realizarse el trabajo en transferencia. En este trabajo la interpretación del analista tiene una función específica: abrir el diálogo analítico a su dimensión inconsciente. Esto quiere decir que la interpretación analítica no puede equipararse a la interpretación hemenéutica. No se trata de buscar un significado latente, la interpretación debe tender a la construcción. Su finalidad es conseguir que continúe la representación, es decir, que continúe el trabajo en transferencia. Sabiendo que la transferencia engendra en sí misma un límite irreductible a la interpretación.

¿EN QUÉ CONSISTE LA TRANSFERENCIA?

Un vistazo a cualquier diccionario nos mostrará que en lenguaje común transferencia es el acto de transferir, el pasar o llevar una cosa de un lugar a otro. Y en esto, precisamente, estriba la actividad de la transferencia, en trasladar ciertas emociones, vivencias, reacciones,..., de un lugar a otro, de un tiempo (pasado) a otro (presente) en el devenir del propio curso vital. La idea entonces, es que cuando se produce la transferencia una persona se sitúa en un presente de un modo muy mediatizado por su pasado. En este sentido, el concepto de transferencia describe algo, que en sí mismo, es bastante obvio: es imposible vivir sin el influjo constante de la propia historia, por lo tanto, en nuestro momento vital actual, en el aquí y ahora se está siempre produciendo una sutil pero activa combinación de elementos reales y elementos vividos con anterioridad. Esta peculiar y personalísima combinación es la que da como resultado el sentido de objetividad de cada cual frente a la realidad externa en la que nos desarrollamos y vivimos.

De lo dicho hasta aquí, se desprenden varias ideas importantes:

- La transferencia es un fenómeno universal, se da en todos y en toda situación.
- Se basa en la premisa de que, por definición, se conserva siempre algo de lo que se ha vivido o sido con anterioridad.
- La transferencia supone una superposición de situaciones pretéritas a situaciones actuales, quedando entonces, estas últimas más o menos deformadas en función de esa superposición.
- Si los puntos anteriores son ciertos se dará siempre transferencia en todas las relaciones humanas y, por tanto, también en la relación que terapeuta y paciente establecen en la práctica de la psicoterapia psicoanalítica.
- La transferencia y sobre todo el análisis (observación, comprensión e interpretación) de la misma serán los mejores vehículos para el estudio del funcionamiento psíquico del paciente y por tanto será el fenómeno más importante en el seno de la psicoterapia psicoanalítica.

Un esquema que puede ser útil para entender la transferencia es el presentado por Malan (1979) cuando nos habla de lo que él denomina triángulo del conflicto y triángulo de las relaciones. Malan, sintetizando la teoría del conflicto psíquico desde la perspectiva psicoanalítica, sugiere que en toda situación relacional alterada se produce un impulso o sentimiento oculto (difícil de percibir para el sujeto), cuya presencia produce ansiedad y frente a ésta se erigen las consiguientes medidas defensivas. Gráficamente el triángulo del conflicto se representa así:

(ansiedad) A D (defensas)

I (impulsos)

Esta situación de conflicto, no resuelto, se repite en muchas otras relaciones de la vida. Así este conflicto que originariamente se ha vivido en la infancia del sujeto (por lo general con los propios padres y/o hermanos), se actualiza y vuelve a vivir con las personas importantes del presente y también con el mismísimo terapeuta. Estas repeticiones configuran lo que Malan llamó triángulo de las relaciones que gráficamente queda así:

(relaciones O T (relación actual

actuales con con terapeuta)

otras personas)

P

(relaciones del

pasado infantil)

EJEMPLO

Veamos un ejemplo en el cual la actitud transferencial tiñe desde el primer momento la relación del paciente con el terapeuta:

Se trata de un varón, el señor A. de mediana edad, que vive atormentado por una serie interminable de intensas ansiedades, cambios en su estado de ánimo, sensaciones de vacío, dudas a propósito de su identidad y orientación sexual, relaciones conflictivas con sus allegados, ...Se queja ya en la primera entrevista de haber recibido poco afecto de sus padres y una atención inadecuada cuando era niño(de hecho estuvo a punto de fallecer, a causa de un descuido del personal sanitario que le atendía en sus primeros días de vida, según cuenta él). Toda su existencia está marcada, pues, por la queja reivindicativa de que no le dan suficiente. Esta actitud se presenta de inmediato en la primera entrevista con el terapeuta. Cuando éste, tras una entrevista de sesenta minutos de duración hace un breve resumen de todo lo que en ella se ha podido hablar y lo invita a acudir a una segunda visita, el paciente le responde:

P: ¡ah! ¿ya está? ¿pero si no me ha dicho casi nada....! ¡todo el rato he hablado yo...! ¿qué hago? Dígame algo... yo pensaba que me daría un consejo o algo así. ¿No puede ayudarme más? ¿no ha visto que yo necesito mucho?.

No es difícil ver en este ejemplo cómo el paciente llega a tomar al terapeuta como una figura parental de la que se espera todo y siente recibir poco. Sus aspectos más racionales, aquellos que le indicarían que es posible resolver en sesenta minutos toda una vida de dificultades quedan colapsados por la repetición de la vivencia de abandono y la subsiguiente reacción hostil y quejosa del paciente hacia aquellas personas de las que se siente dependiente. Así en un primer estadio de la relación, aún cuando el vínculo con el terapeuta aún no se ha establecido en toda su amplitud, el paciente vive al terapeuta como una madre que no cuida adecuadamente, da poco y abandona sin tener en cuenta las necesidades de su pequeño.

EL SEXTO SENTIDO DEL TERAPEUTA AL SERVICIO DEL PACIENTE: LA CONTRATRANSFERENCIA.

Si las ideas esbozadas en el apartado anterior, cuando proponíamos que la transferencia es un fenómeno

universal que nos sucede a todos y en todas las situaciones, son ciertas (y así nos lo parece) debemos considerar que también el terapeuta vive ese fenómeno y que lo vive dentro y fuera de la consulta, cuando ejerce como terapeuta y cuando no lo hace.

Nos interesa aquí, hablar de la transferencia del terapeuta en la situación en la que este ejerce como tal. A este tipo especial de transferencia lo llamaremos contratransferencia.

De acuerdo con Eskelinen (1981) , entendemos por contratransferencia el conjunto de respuestas emocionales del terapeuta ante las comunicaciones de su paciente. Estas respuestas emocionales del terapeuta son su aliado más fiel para entender y poder analizar la transferencia de aquél. Lo que viene a ser lo mismo que decir que es gracias, en parte, a la contratransferencia por lo que el terapeuta puede ayudar a su paciente (un terapeuta sin contratransferencia sería una situación tan extraña como la de una madre que no responde emocionalmente ante su bebé, situación que, en caso de darse, es de una enorme toxicidad mental y física para el bebé). Frente a los sentimientos desplegados (del paciente), sentimientos observados (los del propio terapeuta, que se observa y estudia a sí mismo), sólo así el terapeuta es un ser humano que ayuda y no un robot que interpreta mecánicamente lo que su paciente le dice.

Planteadas las cosas de este modo la pregunta que surge es obvia: ¿cómo se logra que la respuesta emocional del terapeuta ante su paciente no esté en exceso influida por las vivencias personales y conflictos no resueltos del terapeuta? ¿cómo hacer para que sean lo más neutrales y objetivas posibles y vinculadas a lo que el paciente está comunicando?. Esta objetividad parece, de entrada, necesaria. Sin ella los problemas del paciente se mezclan con los del terapeuta en una magma indescifrable y en nada terapéutico. Si las respuestas emocionales del terapeuta están ligadas a sus conflictos infantiles no resueltos se produce un sesgo que imposibilita comprender al paciente; hablamos entonces, de reacciones contratransferenciales (Eskelinen, 1981), o de contratransferencia anormal (Winnicott, 1949).

El terapeuta dispone de dos recursos para no caer en estos errores y observar su contratransferencia; para poder deslindar que aspectos de la misma le pertenecen a él como persona y que aspectos han surgido como respuesta a la escucha del paciente. Nos referimos al tratamiento personal del terapeuta, y a la supervisión del trabajo terapéutico con un profesional de mayor experiencia que la del propio terapeuta. Si mediante su tratamiento personal el terapeuta ha podido observar, y en cierta medida, resolver sus conflictos infantiles ello ayudará a esta deseable objetividad de la contratransferencia. Mediante la supervisión podrá percibir aquellos matices de la comunicación del paciente que se hallan escapado a su comprensión y perfilar mejor sus intervenciones, dirección y objetivo del tratamiento.

Si bien la contratransferencia del terapeuta se basa en la transferencia del mismo (como fenómeno universal) es, también, algo más que esta última. Boffill y Folch, señalan que entre la contratransferencia del terapeuta y la transferencia del paciente, hay algunas diferencias. La contratransferencia del terapeuta no se vive con la misma intensidad que la transferencia del paciente y, además, la posición del terapeuta como observador obliga a que este muestre de sí mismo tan sólo lo estrictamente necesario. Por su parte, el paciente en cambio, despliega al máximo y con total libertad su transferencia.

EJEMPLO

Un ejemplo del buen uso de la contratransferencia:

En las sesiones con la señorita B (una joven que había padecido anorexia en su pubertad y que acudía a consulta tras una intoxicación etílica aguda, aparentemente inmotivada, que alarmó a sus familiares) el terapeuta se sintió, durante un cierto tiempo muy agusto. Se trata de una paciente colaboradora, que asocia y parece muy motivada a investigar en su psiquismo. Pero a medida que avanza el tratamiento, el terapeuta tiene una vaga sensación de futilidad y, posteriormente, de franco aburrimiento, si bien la conducta, de la paciente en la consulta ha variado poco. El terapeuta tiene entonces el sentimiento de que en aquel

tratamiento no pasa nada, curiosamente ante una persona a la que le habían pasado tantas cosas. Con la ayuda de la supervisión el terapeuta pudo señalarle lo siguiente:

T: Me parece que desde hace un tiempo usted está haciendo un considerable esfuerzo por suavizar su tratamiento . Parece que es difícil que podamos ver otros aspectos de usted más conflictivos o complejos... como si no pasara nada, como le ocurrió a usted con el consumo de alcohol aquella vez... que parecía que era por nada.

P: (sorprendida)... Si... creo que si..., de hecho vengo aquí con un tema preparado, ya pensado y como en todas partes me cuesta hablar de mi misma de mis cosas...

T: Y parece que le cuesta encontrar sus sentimientos, las cosas que de verdad la mueven a usted, como si por dentro quizás se encontrase vacía o algo así...

P: Sí... a veces me parece que me conozco muy poco, hago las cosas un poco porque sí o incluso como si yo misma me otorgase un papel en una obra de teatro o una peli.. y me acabo creyendo la película. A veces me veo a mi misma haciendo algo sin saber muy bien cómo, me meto y punto.

La respuesta contratransferencial del terapeuta (sensación de futilidad y aburrimiento en una paciente que superficialmente parecía ser muy activa en su tratamiento) se nos hace más comprensible ahora. Lo que en principio parecía ser un auténtico despliegue de su personalidad no resulta ser más que una pieza teatral repetida hasta la saciedad, poco viva, destinada a distraer al terapeuta y a ella misma de sus verdaderos sentimientos de vacío y futilidad. Tras las bambalinas del escenario se apreciaba una personalidad empobrecida por la falta de contacto con sus sentimientos y sobrecompensada en una acción como si. En este caso la contratransferencia del terapeuta ayudó a perfilar los problemas de la paciente y a dar un giro a su tratamiento.

LA CAJA DE HERRAMIENTAS DEL TERAPEUTA.

La psicoterapia psicoanalítica es una forma de tratamiento psicológico de orden exclusivamente verbal. No emplea, como otras técnicas pueden hacerlo, el movimiento corporal, la práctica de determinadas conductas o la representación de los conflictos del paciente. Terapeuta y paciente no se intercambian documentación escrita, ni observan registros videográficos o de otro tipo. Ambos se sientan y dialogan, ni más ni menos. Además lo hacen de una forma especial. Mientras el paciente puede hablar de cualquier cosa, el terapeuta no. Este último debe medir muy bien sus intervenciones y no puede hablar de cualquier cosa, ni mucho menos de si mismo, puesto que si lo hiciese se desvirtuaría todo el proceso de psicoterapia psicoanalítica (la transferencia del paciente no podría desplegarse con libertad) y atentaría gravemente contra los derechos y la libertad de su paciente.

El terapeuta debe procurar medir muy bien sus informaciones, siendo plenamente consciente de que sus palabras pueden ser altamente significativas para el paciente. Cuando éste se siente vinculado a aquél, cuando la transferencia está en marcha y el paciente se siente en plena investigación de su psiquismo, la relación con su terapeuta pasa a formar parte de su vida. El terapeuta debe hacerse cargo de esta responsabilidad y la mejor manera de hacerlo procurar mantenerse en un nivel profesional, ajustando al máximo sus intervenciones de cara al paciente.

De este modo las intervenciones del terapeuta en psicoterapia psicoanalítica tienen, o deberían tener, todas ellas un objetivo fina: ayudar en el esclarecimiento de la vida psíquica del paciente. Es por eso que en psicoterapia psicoanalítica el terapeuta se abstiene de dar consejos, indicadores sobre la pertinencia o no de la acción, juicios de valor,...

Dentro del marco de la psicoterapia psicoanalítica podemos distinguir, entonces, entre tres tipos de

intervenciones verbales del terapeuta: confrontación, clarificación e interpretación.

CONFRONTACIÓN

En la confrontación el terapeuta trata de hacer percibir a su paciente determinados aspectos de su conducta o de sus palabras sobre las que el paciente no se ha percatado claramente. Un ejemplo de confrontación puede verse en el caso de la señora C.

La señora C acude a consulta desde un lugar alejado de la ciudad del terapeuta. Resulta obvio que realiza un considerable esfuerzo personal y material para proseguir con su tratamiento. Sus deseos de mejoría y de búsqueda de comprensión son, aparentemente francos y claros. No obstante, suele llegar tarde a las sesiones. Por ello el terapeuta le comenta lo siguiente:

T: Quizás podríamos pensar en lo que está ocurriendo últimamente. Usted se siente muy interesada en acudir a las sesiones y en resolver sus dificultades, sin embargo algo sucede que le impide aprovechar la sesión en su totalidad y disponer de su tiempo.

P: Si, ya me da rabia, ya, llegar tarde, pero es que el trabajo va como va y de improviso sale algo que no puedes dejarlo y marcharte, has de ocuparte de ello.

T: Sin duda puede haber ocasiones en que eso sea tal y como usted señala pero también el trabajo le impide ocuparse de usted misma y de esas cosas que tanto le interesan, como si hubiera una parte de usted que quedase de lado apartado en un segundo plano.

P: ¿Quiere usted decir cómo si no me comprometiese conmigo misma?

A partir de este momento la paciente dejó de llegar tarde sistemáticamente a las sesiones.

La confrontación se dirige a aspectos conscientes o muy próximos a la consciencia del paciente. No se trata de que el terapeuta le descubra nada nuevo al paciente sino que le estimule a reflexionar sobre sí mismo, tarea primordial en la psicoterapia psicoanalítica. Como señala Coderch (1987) su empleo resulta especialmente útil cuando:

- En el relato del paciente se detectan lagunas, omisiones o contradicciones importantes.
- El paciente pasa por alto aspectos importantes de su discurso.
- Se producen alteraciones graves de las reglas básicas del tratamiento (horarios, ausencias, honorarios, silencios excesivos...)
- La conducta del paciente es francamente desadaptativa y perjudicial para él mismo. Mediante la confrontación se trata de aumentar la percepción de las consecuencias negativas que ciertas conductas tienen sobre su vida.
- El paciente deja de utilizar recursos que posee o no contempla todas las alternativas de que dispone para encarar determinadas situaciones.
- Se da una conducta francamente deshonesto y/o tramposa por parte del paciente.

Puesto que el terapeuta usará la confrontación en estos casos, en los que hay desajustes entre la conducta del paciente y su propia percepción de la misma, el terapeuta deberá estar especialmente atento para no caer en actitudes de juez de la conducta del paciente. Si esto se da el paciente se sentirá, quizás con razón, perseguido o acusado por su terapeuta más que ayudado; juzgado y criticado mas que comprendido. Comprender y aceptar no significan aprobar. El terapeuta debe poder mostrarle a su paciente sus contradicciones, sus deficiencias comportamentales y sus alteraciones en la relación con los demás de una manera franca y sincera. De otro modo el paciente puede pensar que todo vale, haga lo que haga, cuando tal cosa no es cierta (y no lo es en tanto en cuando la conducta del paciente le perjudique a él mismo o a los demás). Veamos un ejemplo:

EJEMPLO

La señorita B (de la cual ya hemos hablado anteriormente) se queja repetidamente de lo insatisfecha que está con su trabajo, lo poco que le gusta, lo mal que se gana la vida,...Siente que ella podría hacer mas cosas y no obstante, ahí esta, sintiéndose estancada y fastidiada. Se recrea en fantasías consistentes en alcanzar un puesto directivo más adelante (puesto para el que es evidente se requiere una titulación que la paciente no posee, ya que sus estudios universitarios hace años que están detenidos). Después de diversas ocasiones en las que la paciente expresaba esta queja, el terapeuta le pregunto si se había planteado alguna vez cómo podría salir de su atolladero laboral y tener alguna opción a ver realizado su deseo de ascenso sin finalizar sus estudios. Esta reflexión le hizo ver a la paciente, una vez más y como en el ejemplo anterior, que gran parte de su vida se articulaba en torno a procesos más aparentes que reales.

Naturalmente la confrontación no excluye el posterior análisis de los motivos inconscientes que han conducido a la situación descrita en la misma; por si sola la confrontación puede ser eficaz para paliar determinadas conductas o errores en la conducta del paciente, pero no cumple el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica en cuanto a dar explicación a esas situaciones. Por lo tanto, la confrontación es, muchas veces, una vía para la posterior interpretación.

CLARIFICACIÓN

En la clarificación, el objetivo del terapeuta es diferente al de la confrontación. La clarificación pretende, como su nombre indica, definir mejor la comunicación del paciente. Para ello el terapeuta puede resumirla y sintetizarla, trasmitiéndole al paciente lo esencial de lo que está comunicando. Expresado en otras palabras, se le dice al paciente lo mismo que él está diciendo pero de un modo más claro y conciso, vinculando su discurso con los sentimientos o motivaciones que lo animan. La clarificación, no introduce ninguna idea nueva (como ocurre en el caso de la interpretación), ni ningún sentimiento que el paciente no haya expresado de un modo u otro. Por lo tanto, podemos afirmar que la clarificación opera a un nivel consciente o muy próximo a la consciencia. Al igual que la confrontación puede ser una buena vía de aproximación para la interpretación. Es un instrumento que, por así decirlo, pone un cierto orden en la cabeza del paciente y, por qué no, del terapeuta. Gracias a la clarificación es más fácil comprender aquello a cerca de lo que se está hablando. Veamos un ejemplo:

La señora D se presenta, en su primera entrevista diciendo:

P: Bueno, no sé muy bien por qué vengo..., pero bien, por algún sitio tengo que empezar, quizás aunque sea por el final. Estoy muy preocupada porque he montado un pequeño negocio de lanas, punto y todo eso con una amiga que era mi socia y hemos invertido un dinero y todo esto y ahora de repente mi amiga dice que lo deja, que no quiere complicarse la vida y que lo deja... Yo quiero seguir pero me siento como colgada... no es lo mismo hacer las cosas con alguien que hacerlas tu sola. Sabe, siempre he intentado tener un trabajo seguro pero, no sé por qué, todos me han ido mal. Incluso en otra tienda que monté resultó que un socio tenía problemas con la ley y al final también acabó dejándome el negocio a mi sola.

La paciente sigue hablando de cuestiones laborales mientras el terapeuta la escucha sin hacer comentarios. Al cabo de un rato la paciente cambia el tema de su discurso y dice:

P: Y...bueno aparte de todo esto pues... le puedo contar otras cosas de mi vida...sí, una mala vida. Mi padre falleció cuando yo era pequeña, yo apenas tenía tres meses. No recuerdo nada de él y mi madre me dio en adopción a unos parientes...ya ve...

La paciente se sume en un silencio y el terapeuta, como para invitarla a continuar, comenta:

T: parece que se ha sentido usted deja da en diferentes ocasiones, no solo en sus negocios sino también en los

negocios de la vida, me expresa usted un profundo sentimiento de soledad.

P: Sí desde luego, lo he pasado mal. He pasado unos años duros con estos familiares.

La paciente comenta que sintiéndose extraña entre sus familiares y con sus compañeros de escuela se dedicó con gran intensidad a la lectura y al estudio de sus tareas colegiales. Fue de este modo, la primera de la clase durante varios años.

P: Supongo que en el fondo la gente no me acaba de interesar. A veces no se ni de que hablar con la gente, la veo como poco formada, está mal decirlo pero los veo poco interesantes. A veces disfruto más leyendo o estudiando.

T: Frente a las dificultades que ha experimentado se refugia en la lectura y el estudio.

P: Sí claro, no cabe duda.

Como puede verse en las dos intervenciones del terapeuta este no ha dicho nada nuevo a su paciente, tan solo ha destacado el *leit motiv* principal de su comunicación: el sentimiento de soledad y el refugio que para el mismo ha encontrado. Cosas que la paciente no ignora en absoluto, pero que formuladas de un modo más claro del que se presentan inicialmente, permiten proseguir la exploración del psiquismo de la paciente (en esta exploración diagnóstica al tratarse de una primera entrevista).

Con las clarificaciones del terapeuta, el paciente puede experimentar como propios actitudes, impulsos, ideas, sentimientos... acerca de los cuales tiene un conocimiento un tanto impreciso. Además puede vincular todo esto con su situación actual (por ejemplo, en el caso anterior, con lo que motivó el acudir a consulta).

Como en el caso de la confrontación, la clarificación no excluye a la interpretación, el único instrumento del terapeuta capaz de dar cumplida cuenta de los procesos psíquicos inconscientes.

INTERPRETACIÓN

Diremos en primer lugar que interpretar es, un punto de vista psicoanalítico, el proceso de deducción del sentido inconsciente existente en las manifestaciones verbales y comportamentales de un paciente. En el proceso psicoanalítico o psicoterapéutico entendemos, también, por interpretación, la comunicación de esta deducción que se le brinda al paciente con miras a hacerle accesible ese sentido inconsciente (Laplanche y Pontalis 1983).

Dicho de un modo más sencillo, tanto en la psicoterapia psicoanalítica como en todas las otras manifestaciones de la vida, la teoría psicoanalítica parte de la premisa de que las acciones humanas están multideterminadas, es decir, tienen relación o son consecuencia de múltiples factores. Entre estos factores la teoría psicoanalítica destaca aquellos que se consideran de orden inconsciente, esto es ignorados en gran medida por el propio sujeto. La interpretación es instrumento mediante el cual el terapeuta halla estos factores actuando en las acciones y comunicaciones de su paciente. Es, también, el acto por el que el terapeuta le comunica a su paciente sus ideas a propósito de estos factores. Así pues, cabe distinguirse momentos en el acto interpretativo:

- El momento en el que la interpretación surge en la mente del terapeuta.
- El momento en el que el terapeuta se la comunica a su paciente.

Mediante la interpretación se verifica la máxima fundamental de la teoría psicoanalítica aplicada a la terapéutica: hacer consciente el inconsciente.

En este sentido, debemos indicar que más que interpretar en un sentido estricto consideramos que lo que el terapeuta hace es dar un sentido a lo que el paciente le está mostrando, un sentido que va más allá de lo que el propio paciente puede percibir. Este matiz nos parece importante por dos motivos:

- En función del multideterminismo de toda acción consideramos que no existe una única y exclusiva interpretación para lo que el paciente nos está mostrando. Seguramente podrían considerarse diferentes interpretaciones, quizás muchas de ellas válidas para entender lo que el paciente nos está comunicando.
- En segundo lugar la idea de dar sentido más que de interpretar nos sugiere que la interpretación a serle presentada al paciente como lo que es, como una posible hipótesis y no como una certeza irrefutable, como una idea para pensar en ella.

En cualquier caso la interpretación es el instrumento específico, pero no único, de la psicoterapia psicoanalítica. Su uso debe establecerse con claridad y para ello es importante diferenciarlo de su empleo en la técnica psicoanalítica estándar. Así, en el psicoanálisis propiamente dicho las interpretaciones que se realizan son aquellas denominadas interpretaciones transferenciales es decir, interpretaciones destinadas a poner de relieve la relación entre el terapeuta y el paciente. En la psicoterapia psicoanalítica en cambio, se emplean sobre todo, aquellas interpretaciones que Coderch llama interpretaciones psicodinámicas en el sentido que no se dirige únicamente a esclarecer la relación terapeuta-paciente sino también las relaciones del paciente con los otros y con las figuras importantes del pasado. Se trata de interpretaciones que recorren los tres vértices del triángulo de las relaciones de Malan.

EJEMPLO

El señor E lleva unos meses en psicoterapia a razón de una sesión por semana. Sus síntomas ansiosos se han aliviado y empieza a poder expresar con mayor libertad sus deseos, aspiraciones e ideas. Ya no se reprime tanto, en sus propias palabras A través de la psicoterapia se conoce más y mejor pero...

P: El otro día me quedé sorprendido y preocupado. Fui con mi esposa a casa de una amiga suya de trabajo. Me quedé asombrado de cómo se comportaba mi mujer... no sé, me parece que la trataba con mucha familiaridad, con mucha soltura, quizás hasta demasiada. Llegué a pensar que había un aspecto de mi mujer que no conocía del todo... pensé otras que cambiada... claro, eso de pensar que no acabas de saber bien cómo es tu propia esposa. A ver que nuevas sorpresas me voy a llevar...

T: Me parece que también se siente extrañado a propósito de usted mismo, de las cosas que aquí ha visto y de las que puede llegar a ver. Siente que tampoco usted se acaba de conocer del todo y se siente diferente de lo que sabía de usted anteriormente. Teme también, que cosas nuevas pueda ver sobre usted mismo.

P: Sí, un poco sí. No sé cuántas cosas más puedo llegar a descubrir. Yo pensaba que era así, callado y que podía aguantarlo todo o que me daban igual las cosas y ahora veo que no...

De acuerdo con Sandler, Dare y Holder cabría distinguir entre diferentes tipos de interpretación (de defensa, de contenido, transferenciales, extratransferenciales...) y algunos autores distinguen entre interpretación y construcción. Estos mismos autores, no obstante, reconocen que muchas de estas diferencias son algo difíciles de perfilar.

Lowenstein señala que hay que dar la interpretación en el momento justo, cuando el paciente está listo para recibirla; pero reconoce que es difícil definir en que consiste ese momento. Bleger sugiere la importancia de aprender a callar y señala que tanto es más necesario callarse cuando mayor sea la compulsión a interpretar. La idea sería que el terapeuta debe aprender a esperar, no solo a tener en mente la interpretación más o menos clara, sino también a que las asociaciones y comunicaciones del paciente le indiquen si aquella idea es o no adecuada al material que el paciente está aportando. Esta espera es lo que Casement (1990) denomina

supervisor interno. Un proceso necesario ya que las interpretaciones deben ser intervenciones del terapeuta destinadas a fomentar un mayor nivel de introspección y autoobservación en el paciente. Difícilmente esto sería factible si el terapeuta no aplicase a sus producciones idéntico proceso.

En cuanto al tema de la calidad de la interpretación, las cuestiones surgen solas: ¿Cuándo una interpretación es buena o mala ?. Hay quien ha sugerido que incluso una interpretación inexacta, incompleta o inadecuada, puede según como producir cierto beneficio terapéutico puesto que la interpretación dota de una alternativa de pensamiento al paciente. Consideramos que aunque tal idea fuese cierta, nuestra labor debe ser lo más exacta, completa y adecuada posible. Y en cuanto a la bondad o no de una interpretación ésta se mide por la capacidad de la misma para aumentar el proceso terapéutico y de investigación en el propio psiquismo del paciente.

Las interpretaciones son buenas o malas en el sentido de que sean útiles o no para incrementar la comprensión y el contacto emocional (insight) con el mundo interno.

HABILIDADES FUNDAMENTALES EN LAS PRIMERAS FASES DEL PROCESO TERAPEUTICO.

• ESTRUCTURACIÓN DE ROLES Y CREACIÓN DE LA ALIANZA TERAPEUTICA

Algunos de los objetivos fundamentales de esta fase según Kanfer y Schefft son:

- Facilitar que la persona asuma el rol de cliente.
- Definir los roles de terapeuta y cliente incluyendo el tipo de interacciones que se mantendrán durante el tratamiento, las reglas que regirán y la responsabilidad que deberá asumir el cliente con respecto a su proceso de cambio.
- Establecer un nivel de motivación adecuado para llevar a cabo la terapia.
- Establecer una relación de trabajo para reducir el posible rechazo del cliente a asumir responsabilidad y para que vaya desarrollando control sobre su conducta, primero en las sesiones y posteriormente de forma gradual , sobre las actividades que se realizan fuera de las sesiones.

Un objetivo importante en esta fase es establecer claramente los roles del paciente y terapeuta tanto en lo referente al tipo de interacción que mantendrán, como en cuanto a distintos aspectos relacionados con el proceso de terapia, entre los que se incluyen la distribución del tiempo durante las sesiones, horarios, citas... El grado en que deben explicarse cada uno de estos aspectos, dependerá en gran medida del conocimiento o expectativas que tendrá cada paciente sobre lo que es y lo que espera de la terapia.

Dado que el paciente en las primeras entrevistas evalúa hasta que punto puede ser comprendido y si le merece confianza suficiente la persona que va a ser su terapeuta, es fundamental durante estas sesiones iniciales, mostrar calidez, empatía, aceptación incondicional e interés por el paciente, profesionalidad, madurez personal, tolerancia y sensibilidad ante los problemas del cliente.

Kanfer y Schefft dividen en dos grupos los registros específicos que conforman el rol del terapeuta:

- Aspectos que se relacionan con la capacidad para crear una atmósfera que permita establecer y mantener una cooperación continua, así como la capacidad suficiente para alentar, apoyar y guiar al paciente en el segundo grupo.
- Responsabilidad que debe asumir el terapeuta sobre el diseño del tratamiento, la elección de los procedimientos de intervención mas adecuado para los problemas a tratar, así como responsabilidad de solucionar los aspectos técnicos y problemas que puedan surgir durante el tratamiento.

El rol del terapeuta exige también especificar al paciente si fuera necesario, aquellas cosas que no hará. Ha de

dejar claro, por ejemplo, que alentará, animará y ayudará al paciente con sus recursos técnicos y profesionales a que lleve a cabo su propio proceso de cambio, pero si el paciente no se implica en el mismo, él no lo asumirá.

El análisis de las distintas motivaciones que puede tener un paciente para el cambio, así como sus expectativas ante la terapia, puede proporcionar al terapeuta elementos importantes que le permitan reforzar su deseo de cambio o incrementarlo. Fomentar y analizar las fantasías sobre futuras actividades que podría realizar el paciente, si no tuviera el problema y sugerir y promover pequeñas metas que supongan un acercamiento a la consecución de estas actividades gratificantes, pueden ayudar a incrementar o mantener la motivación para el cambio.

• DESARROLLO DE UN COMPROMISO PARA EL CAMBIO.

Para Kanfer y Schefft el desarrollo por parte del cliente de un compromiso para el cambio, constituiría la segunda fase del proceso de intervención. Para conseguir el nivel adecuado deberían cubrirse los siguientes objetivos.

- Reducir el grado de desmoralización del paciente.
- Motivar al paciente para que pueda considerar las consecuencias positivas del cambio.(incrementar la autoconfianza).
- Relacionar posibles opciones de metas a conseguir con sus valores y creencias.
- Desarrollar nuevos incentivos para el cambio.
- Explorar las opciones disponibles y sus límites.

Uno de los procedimientos más útiles para reducir la desmoralización, es ir marcando desde las primeras sesiones pequeñas metas deseables para el cliente en las que pueda trabajar y cuyo nivel de dificultad sea lo suficientemente bajo como para garantizar el éxito.

Reducir la despersonalización no es suficiente para que el paciente haga un análisis positivo de las ventajas del cambio. El proceso de cambio suele ser costoso en esfuerzo y dedicación y si el cliente no tiene nada claro los beneficios personales o sociales que se producirán cuando lo consiga, puede abandonar el proceso en los momentos difíciles o no trabajar en el tratamiento.

Otro aspecto importante es detectar los posibles obstáculos que pueden existir para que se produzca un compromiso terapéutico adecuado; varios autores los han agrupado en varias categorías:

- Ansiedades y temores que provocan el enfrentarse a las nuevas situaciones que exige el cambio y autocreaciones diversas del cliente, como pueden ser el hábito de dependencia o la tendencia a la pasividad.
- Déficit de habilidades o recursos del paciente.
- Insuficiente guía o estructura terapéutica que puede llevar al cliente a no entender el por qué de los pasos que se van dando y hacia donde le conducirán.
- Falta de motivación como consecuencia de las ganancias secundarias que se derivan de los síntomas.
- Red de apoyo social contraterapéutico.

Estrategias que pueden ayudar a incrementar o mantener la motivación a lo largo de las distintas fases del proceso terapéutico:

- Enseñar al cliente a reducir la emisión de respuestas automáticas negativas y generar en su lugar respuestas más adaptativas.
- Enseñar y fomentar el uso de habilidades de autorregulación que le pueden ayudar a reducir la emisión de respuestas automáticas y a generar emociones. Ej. la autoobservación.

- Demandar al paciente la realización de pequeñas tareas graduadas en intensidad, primero generadas con ayuda del terapeuta y luego generadas poco a poco con el paciente. Ayudará a conseguir objetivos del tratamiento y permite el incremento del nivel de responsabilidad personal en el cambio.
- Hacer cosas asociadas con una tarea.
- Proponer tareas que no estén asociadas al miedo, al fracaso, para estimular al paciente a intentar nuevas conductas.
- Asociar las nuevas conductas con refuerzos importantes para el paciente.
- Reatribuir las causas de los problemas a las dificultades que va encontrando al realizar las tareas, puede ayudar a reducir el malestar y ayuda a incrementar su motivación para el cambio y afrontamiento de situaciones de dificultad parecida o creciente.
- Trabajar hacia la consecución de metas específicas que va a generar el cliente para cumplir objetivos generales del tratamiento; contribuyen a incrementar su motivación.
- Estimular al paciente para que se autorefuere ante la realización de tareas.
- Recordar los procesos y revisar periódicamente los avances y cambios, ayuda a mantener la motivación.
- Utilizar las actividades diarias más frecuentes como vehículo para el cambio, aumenta la probabilidad de que el paciente se esfuerce.
- Recordar el compromiso, sobretodo cuando baje la motivación.
- Utilización de constructos terapéuticos.
- Anunciar al paciente los temas difíciles que se trataran y trabajaran en un futuro, se puede así reducir la ansiedad.
- Promover un ambiente o situaciones facilitadoras del cambio que permitan al individuo trabajar sobre sus metas.
- Estimular al cliente para que sueñe nuevos sueños.
- La relación entre paciente y terapeuta en cuanto a la empatía, cordialidad, percepción de aceptación e interés contribuye a mantener la motivación en los distintos momentos y fases del proceso terapéutico.

HABILIDADES EN LAS SIGUIENTES FASES DEL PROCESO

En relación a las siguientes fases del proceso del tratamiento sugeridas por Kanfer y Schefft:

- Análisis conductual.
- Negociación del tratamiento.
- Ejecución del tratamiento y mantenimiento de la motivación.

Estos autores hablan de un número de habilidades y estrategias terapéuticas referidas a conductas cuya contribución es importante para el éxito del tratamiento:

- En la fase de análisis conductual el terapeuta ha de mostrar las destrezas y habilidades que le permitan conseguir los objetivos siguientes:
 - Averiguar cual es el problema así como los antecedentes y consecuentes.
 - Ayudar al cliente a formular sus problemas en términos operativos y plantearse objetivos realistas.
 - Elegir los procedimientos de evaluación y diagnóstico que le permitan obtener mayor información del problema.
 - Detectar los factores sociales y personales que mantengan el problema.
 - Obtener información suficiente sobre los recursos personales, valores, necesidades, incentivos,...
- En cuanto a las habilidades que ha de mostrar el terapeuta durante la negociación del tratamiento.

- Conseguir que el cliente participe en el establecimiento de metas y objetivos.
- Favorecer la colaboración del paciente.
- Ayudarle a tomar decisiones en cuanto a la elección de metas...
- Analizar y revisar los pasos implicados en cada tarea controlada.
- Durante la fase de ejecución del tratamiento y mantenimiento de la motivación.
- Mantener el nivel de motivación.
- Ir facilitando atribuciones causales internas de manera que los logros los atribuya a sus esfuerzos y trabajo personal.
- Optimizar el aprendizaje de nuevas conductas.
- Auto-observación, auto-evaluación... por parte del cliente.
- Enseñar al cliente a establecer relaciones funcionales.
- Enseñar al cliente a analizar, planificar y practicar cambios de conducta.

INDICE

- **El paciente y el terapeuta. Pag1-2**
- **El cómo y el por qué del trabajo conjunto del paciente y el terapeuta . Pag 2-7**
 - Reglas básicas
 - El habla y la escucha en la sesión analítica.
 - La transferencia.
- **El sexto sentido del terapeuta al servicio del paciente: Pag 8-9**

La contratransferencia.

- **La caja de herramientas del terapeuta..... Pag10-15**
 - Confrontación
 - Clarificación
 - Interpretación
- **Habilidades fundamentales en las primeras fases del proceso..... Pag16-18**

Terapéutico

- Estructuración de roles y creación de la alianza terapéutica
- Desarrollo de un compromiso para el cambio.
- **Habilidades en las siguientes fases del proceso..... Pag19-20**



.