

El don de la terapia Irvin D. Yalom

Carta abierta a una nueva
generación de terapeutas
y a sus pacientes



Irvin D. Yalom

El don de la terapia

Traducción de Jorge Salvetti

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	15
1. Quite los obstáculos al crecimiento	27
2. Evite el diagnóstico (<i>excepto para las compañías de seguros</i>).	30
3. El terapeuta y el paciente como «compañeros de viaje»	33
4. Involucre al paciente	38
5. Brinde apoyo	40
6. Empatía: Mirando por la ventana del paciente. . .	44
7. Enseñe la empatía	50
8. Permita que el paciente le importe	52
9. Reconozca sus errores	56
10. Cree una nueva terapia para cada paciente	59
11. El acto terapéutico, no la palabra terapéutica . . .	64
12. Haga terapia usted también	67
13. El terapeuta tiene muchos pacientes; el paciente, un solo terapeuta	71
14. El «aquí y ahora»: Úselo, úselo, úselo	73
15. ¿Por qué usar el «aquí y ahora»?	74
16. La utilización del «aquí y ahora»: Desarrolle grandes orejas de conejo	76

17. Busque los equivalentes del «aquí y ahora»	80
18. Trabajar mediante los temas del «aquí y ahora» .	86
19. El «aquí y ahora» vigoriza la terapia	90
20. Utilice sus propios sentimientos como información	93
21. Sea cuidadoso al formular sus comentarios sobre el «aquí y ahora»	96
22. Todo resulta aprovechable para el «aquí y ahora»	97
23. Lleve un control del «aquí y ahora» en cada sesión.	99
24. ¿Qué mentiras me ha dicho?	101
25. ¿Una pantalla en blanco? ¡Olvídese de eso! Sea real	102
26. Tres clases de apertura del terapeuta	111
27. El mecanismo de la terapia: Sea transparente. . .	112
28. La revelación de los sentimientos del «aquí y ahora»: Utilice la discreción	115
29. La revelación de la vida personal del terapeuta: Sea cauteloso	118
30. La revelación de su vida personal: Precauciones. .	123
31. La transparencia del terapeuta y la universalidad.	126
32. Los pacientes se resistirán a su apertura.	127
33. Evite la falsa cura.	130
34. Sobre el llevar a los pacientes más allá de adonde usted ha llegado.	133
35. Sobre el recibir ayuda de su paciente	135

36. Fomente la apertura del paciente	139
37. La retroalimentación en la psicoterapia	142
38. Sea efectivo y amable al brindar la retroalimentación.	145
39. Aumente la receptividad a la retroalimentación utilizando «partes»	148
40. La retroalimentación: Golpee cuando el hierro esté frío	150
41. Hable de la muerte.	153
42. La muerte y la exaltación de la vida.	155
43. Cómo hablar de la muerte	159
44. Hable sobre el sentido de la vida	163
45. La libertad.	167
46. Ayudar a los pacientes a asumir la responsabilidad	169
47. Nunca (o casi nunca) tome decisiones por el paciente	173
48. Decisiones: Una <i>via regia</i> hacia los fundamentos de la existencia.	177
49. Céntrese en la resistencia a tomar decisiones	179
50. Facilitar la conciencia a través del consejo	181
51. Facilitar las decisiones: Otros métodos	186
52. Conduzca la terapia como una sola sesión.	189
53. Tome notas de cada sesión.	191
54. Aliente al paciente a practicar una autosupervisión	192
55. Cuando su paciente llora	194
56. Dese tiempo entre sesiones.	196

57. Exprese sus dilemas abiertamente	198
58. Visite a sus pacientes	201
59. No se tome demasiado en serio las explicaciones	204
60. Métodos para acelerar la terapia	209
61. La terapia como un ensayo final para la vida.	213
62. Utilice la queja inicial para dar impulso a la terapia.	215
63. No tenga miedo de tocar a su paciente.	218
64. Nunca se comporte de una manera sexual con los pacientes	223
65. Esté atento a los aniversarios y a los temas que marcan las etapas de la vida	228
66. Jamás ignore la «ansiedad relacionada con la terapia».	230
67. Doctor, quíteme la ansiedad.	233
68. Sobre la condición de ser un verdugo del amor	234
69. Sobre la historia clínica del paciente	240
70. Un relato de las actividades diarias del paciente.	242
71. ¿Qué otras personas habitan la vida del paciente?	244
72. Entreviste a aquellas personas más significativas	245
73. Explore las terapias anteriores.	247
74. Juntos a la sombra del lado sombrío	249
75. Freud no siempre estaba equivocado	251
76. La CBT no es como la pintan sus elogios... O no tenga miedo del cuco de la EVT	257
77. Los sueños: Úselos, úselos, úselos.	260

78. ¿Una interpretación total de un sueño? ¡Ni lo piense!	262
79. Utilice los sueños pragmáticamente: Píllelos y saquéelos.	263
80. Domine algunas técnicas para la navegación de los sueños	271
81. Aprenda sobre la vida de los pacientes a partir de los sueños	274
82. Preste atención al primer sueño	280
83. Preste especial atención a los sueños sobre el terapeuta	283
84. Cuídese de los gajes del oficio	287
85. Cuide los privilegios de su profesión	292
<i>Agradecimientos</i>	297
<i>Notas</i>	299

CAPÍTULO 1

QUITE LOS OBSTÁCULOS AL CRECIMIENTO

Cuando era un joven estudiante de psicoterapia y trataba de encontrar mi camino en esos estudios, el libro que leí que me resultó más útil fue *Neurosis y madurez*, de Karen Horney. Y el concepto más sencillo y útil de ese libro era la noción de que el ser humano tiene una propensión innata hacia la autorrealización. Si se quitan los obstáculos, creía Horney, el individuo se desarrollará hasta convertirse en un adulto plenamente realizado, del mismo modo que una bellota se desarrollará hasta convertirse en un roble.

«Del mismo modo que una bellota se desarrollará hasta convertirse en un roble...» ¡Qué imagen tan maravillosa y liberadora! Cambió para siempre mi enfoque de la terapia, ofreciéndome una nueva visión de mi trabajo: mi tarea era quitar los obstáculos que bloqueaban el camino del paciente. Yo no tenía que hacer todo el trabajo; no tenía que insuflar en el paciente el deseo de crecer, la curiosidad, la voluntad, el celo por la vida, el cuidado, la lealtad o una miríada de características que nos vuelven humanos de una manera total. No, lo que tenía que hacer era identificar y quitar obstáculos. El resto seguiría de forma automática, alimentado por las fuerzas interiores de autorrealización del paciente.

Recuerdo a una joven viuda con, como ella misma de-

cía, un «corazón fallido»: una incapacidad para volver a amar otra vez en su vida. Me resultaba intimidante abordar la incapacidad de amar. No sabía cómo hacerlo. Pero me dediqué a identificar y a arrancar de raíz sus muchos bloqueos para amar, y logré hacerlo.

Pronto supe que ella sentía el amor como una traición. Amar a otro era traicionar a su esposo muerto; sentía que era como dar los últimos martillazos a los clavos del ataúd de su marido. Amar a otro tan profundamente como amaba a su marido (y no se conformaría con menos) significaba que el amor por su marido había sido de algún modo insuficiente o imperfecto. Amar a otro sería autodestructivo porque la pérdida y el dolor de la pérdida eran inevitables. Sentía que amar a otro era una irresponsabilidad: ella era mala y traía mala suerte, y su beso era el beso de la muerte. Trabajamos duro durante meses para identificar todos estos obstáculos para amar a otro hombre. Durante meses luchamos, uno a uno, con cada obstáculo irracional. Pero una vez que lo hicimos, los procesos internos de la paciente tomaron el control: conoció a un hombre, se enamoró y volvió a casarse. No tuve que enseñarle a buscar, a dar, a brindar cariño y a amar; no habría sabido cómo hacerlo. Unas pocas palabras sobre Karen Horney: su nombre es desconocido para la mayoría de los jóvenes terapeutas. Como la vida útil de nuestros teóricos más eminentes se ha vuelto tan corta, caeré, de vez en cuando, en la reminiscencia, sólo para enfatizar el hecho de que nuestro campo tiene una larga historia de contribuyentes notablemente capaces que han sentado bases profundas para nuestro actual trabajo terapéutico.

Una contribución exclusivamente norteamericana a la teoría psicodinámica está representada por el movimiento «neofreudiano», un grupo de clínicos y teóricos que reaccionaron contra la concepción original de Freud de

una teoría pulsional, es decir, la noción de que el desarrollo del individuo está controlado en gran parte por el despliegue y la expresión de pulsiones innatas.

Por el contrario, los neofreudianos hicieron hincapié en que tomáramos en cuenta la vasta influencia del entorno interpersonal que envuelve al individuo y que a lo largo de toda la vida moldea la estructura del carácter. Los teóricos interpersonales más conocidos, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm y Karen Horney, han sido integrados y asimilados de un modo tan profundo a nuestra práctica y a nuestro lenguaje terapéuticos que todos somos, sin saberlo, neofreudianos. Esto nos recuerda a monsieur Jourdain en *El burgués gentilhomme*, de Molière, quien, tras aprender la definición de *prosa*, afirma maravillado: «Pensar que toda mi vida he hablado en prosa sin saberlo».

CAPÍTULO 2

EVITE EL DIAGNÓSTICO (excepto para las compañías de seguros)

Hoy en día, los estudiantes de psicoterapia están expuestos a un énfasis exagerado en el diagnóstico. Los administradores de los servicios de salud exigen que los terapeutas lleguen con rapidez a un diagnóstico preciso y luego prosigan con un plan de terapia breve y puntual que se ajuste a ese diagnóstico particular. Suena bien. Suena lógico y eficiente. Pero tiene muy poco que ver con la realidad. Representa, por el contrario, un intento ilusorio de generar mediante una ley la precisión científica cuando no resulta posible ni deseable.

Aunque el diagnóstico es indiscutiblemente crítico para la consideración de tratamientos en muchas condiciones graves con un sustrato biológico (por ejemplo, esquizofrenia, desórdenes bipolares, desórdenes afectivos graves, epilepsia del lóbulo temporal, toxicidad por drogas, enfermedades orgánicas o cerebrales por toxinas, causas degenerativas o agentes infecciosos), el diagnóstico a menudo resulta *contraproducente* en la psicoterapia cotidiana de pacientes no tan severamente dañados.

¿Por qué? Para empezar, la psicoterapia consiste en un proceso de desarrollo gradual en el que el terapeuta intenta conocer al paciente de la manera más completa posible. Un diagnóstico limita la visión; disminuye la habi-

lidad de relacionarse con el otro como persona. Una vez que hemos realizado un diagnóstico, tendemos a desatender de forma selectiva aspectos del paciente que no encajan con ese diagnóstico en particular y, en consecuencia, prestamos una atención exagerada a rasgos sutiles que parecen confirmar el diagnóstico inicial. Y lo que es aún peor, un diagnóstico puede actuar como una profecía autocumplida. Relacionarse con un paciente tildándolo de «*borderline*» o de «histérico» puede servir para estimular y perpetuar esos mismos rasgos. En realidad, hay una larga historia de influencia iatrogénica en la formación de entidades clínicas, incluyendo la actual controversia acerca del desorden de personalidad múltiple y los recuerdos reprimidos de abuso sexual. Y no olviden tampoco la baja confiabilidad de la categoría de desorden de la personalidad (los mismos pacientes que a menudo se embarcan en psicoterapias más largas).

¿Y qué terapeuta no se ha sorprendido de lo fácil que es hacer un diagnóstico tras la primera entrevista en comparación con mucho después, por ejemplo, tras la décima sesión, cuando sabemos mucho más acerca del individuo? ¿No se trata de una clase de ciencia muy extraña? Un colega mío expone esto con toda claridad a sus residentes en psiquiatría preguntándoles: «Si ustedes están haciendo psicoterapia o si están pensando en hacerla, ¿qué vademécum creen que su terapeuta podría usar con justificación para describir a personas tan complejas como ustedes?».

En el hacer terapéutico debemos seguir una fina línea de un cierto grado de objetividad, pero nunca debe ser exagerada; si tomamos demasiado en serio el sistema de diagnóstico, si de verdad creemos que nos estamos rigiendo según leyes naturales, entonces podemos terminar por amenazar la naturaleza humana, espontánea, creativa e incierta de la empresa terapéutica. Recuerden que los

profesionales que formularon los sistemas previos de diagnóstico ahora descartados eran tan competentes, orgullosos e igual de seguros que los actuales miembros de los comités de los servicios de salud. Sin duda, llegará un momento en que el formato de menú de restaurante chino de esas comisiones resultará ridículo a los profesionales de la salud mental.