

Mi vivencia de algunos conceptos de la Psicoterapia Integrativa en un taller de Brainspotting

INTRODUCCION

“Beginning therapists need to beware [...] of the temptation to end a session with some stroke of therapeutic genius that will demonstrate how wise and far-seeing they are.”
Moursund & Erskine, 2003 (p. 142),

Aquel fue mi primer error, o al menos el primero que he detectado hasta el momento. Mi primera y única paciente llegó muy agitada a nuestra segunda sesión porque su hijo se negaba a irse con ella de vacaciones. Ella no quería dejarlo solo en casa porque unos meses antes había amenazado con suicidarse. Había mucho en juego: por un lado me dolía ver tan angustiada a aquella mujer, me sentía responsable de los actos de su hijo – un veinteañero al que sólo había visto en fotos – y también deseaba impresionarla para que volviese a terapia en septiembre. Cuando terminó de hablar, no supe qué decir. En realidad, había estado tan sumida en mi propia problemática que no le había prestado demasiada atención. Mi paciente se despidió murmurando que nadie podía hacer nada por ella. Aquella fue la última vez que la vi. Me sentí desvalida. Pensé que necesitaba aprender más técnicas para tapar mi falta de experiencia. Me apunté al taller de Brainspotting impartido por David Grand.

EL PACIENTE TIENE RECURSOS

“The client is in charge: the client decides how far he or she is willing to go in the process of exploration.”
Erskine, Moursund & Trautmann, 1999 (p.29)

En mi primera práctica del taller de BSP como paciente expuse un problema con el que me sentía perdida y sin recursos. No sabía cómo resolverlo. En su rol de terapeuta, mi compañera se limitó a aplicar lo que David nos había enseñado, dándome instrucciones que me mantuviesen en contacto con mis sensaciones corporales. A mi mente acudieron pensamientos nuevos y sentí emociones que pocas veces había experimentado. Mis expectativas no se cumplieron: terminé la práctica sin encontrar una solución satisfactoria. Sin embargo, me pareció que todo estaba en su sitio y que el proceso había transcurrido del mejor modo posible. Esta nueva actitud de aceptación me hizo intuir que aún no había podido encontrar una solución porque no estaba preparada para ello. En realidad, aquel descubrimiento no era más que las palabras de David plasmadas en una experiencia pero necesité pasar por ahí para captar su verdadero significado. Hasta ahora, la premisa del AT. de que cada persona es OK me parecía una utopía, una idea que me debía aceptar porque le daba un toque decorativo a la teoría. Al realizar la primera práctica, me di cuenta de que el paciente tenía mucho más poder de lo que yo creía, lo que equivalía a aceptar que yo, como terapeuta, tenía menos poder del que había soñado.

EL PACIENTE COMO RESPONSABLE DE SU PROCESO / HUMILDAD

“Humility is the opposite of “I know best.” Humility counteracts certainty, the expression of an attitude of “I have a monopoly on truth.” Humility is the opposite of “I know what is real.” If we are less certain of the truth, or the right way, or reality, then we allow the other person to influence us.”

Erskine, 2007

Considerar a los pacientes como personas vulnerables es trabajar con una sola cara de la moneda. Ellos tienen el problema pero también cuentan con la solución. Me pregunté qué sucedería si en mi siguiente práctica le dejaba más responsabilidad al paciente.

Al sentarme frente a Berta¹, opté por focalizar mi energía en contener mis ansias por realizar la intervención perfecta. La escuché recordar una escena de la infancia y relatar en presente cómo la maltrataban sus familiares y sus compañeros de clase. La rabia me bullía por dentro y mi nueva actitud de calma empezaba a incomodarme. Pensé que Berta me vería como una terapeuta fría y desprovista de sentimientos si no le mostraba mi enfado. Estuve a punto de incitarla a que se defendiese pero me contuve, conformándome con estar ahí mientras ella contaba lo difícil que le resultaba identificarse con aquella niña maltratada. Una vez finalizado nuestro trabajo, me felicitó: se había sentido más a gusto conmigo que en otras ocasiones en las que el terapeuta se había empeñado en decirle lo que tenía que hacer y sentir. Me había vivido como una persona interesada y respetuosa. Al mismo tiempo, mi renuncia a controlar el proceso me había llevado a empaparme de lo que experimentaba ella. Puede que parte de mi incomodidad viniese de mi capacidad para sentir su impotencia y también de la irritación que experimenté hacia ella y que no encajaba con la imagen idealizada que tenía de los terapeutas. Me enfurecía que no reaccionara frente al maltrato. ¿Por qué seguía aguantando? No tenía sentido.

NO ES UNA LOCURA, SOLO LO PARECE

“No matter how hurtful or odd his behavior may seem, this behavior must be understood as an essentially good and competent person’s response to a confusing and threatening world.”

Moursund & Erskine, 2003 (p. 164)

“Sólo parece una locura” le dijo David Grand a una participante del taller que se había prestado voluntaria para una demostración y que se sentía exasperada por su propia incapacidad para controlar una actitud que le resultaba irracional, “pero a su manera tiene sentido aunque aún no hayamos llegado a él.”

David Grand asemeja el proceso terapéutico a una gran ola, equiparando al terapeuta a un surfista, cuya tarea no consiste en controlarla sino en mantener el equilibrio sobre ella. Del mismo modo que carece de lógica para el surfista querer dirigir la ola, tampoco tiene sentido que el terapeuta pretenda dirigir las sensaciones corporales de su paciente durante un trabajo de Brainspotting.

A pesar de que entendía lo que quería decir David y aun cuando su razonamiento me pareciese lógico, seguía frustrada por la forma en que se había desarrollado el proceso de Berta. Para mí si algo parecía una locura, por fuerza tenía que serlo.

¹ Nombre ficticio

CONFIANZA: AL FINAL LAS PIEZAS ENCAJAN

“Optimism includes faith in the inherent “OKness” of both life and people: faith that people make good decisions for themselves, faith in the choices that people make, faith in the common benefit if we all work together and respect each other’s needs.”

Erskine, 2007

Lo que yo no sabía era que mi trabajo con Berta no había terminado allí donde lo dejamos. Al día siguiente, vino a contarme que apenas había dormido durante la noche pero que en medio de su agitación, sobre las 3 de la madrugada, le había venido un pensamiento nuevo para ella. “Me he dado cuenta de que no quiero seguir siendo una niña buena”, me dijo. Por fin asomaba en ella la rabia que había sentido bullir en mi interior al realizar la práctica. Si hubiese cedido a mi impulso de incitarla a defenderse, probablemente se habría sentido violentada y se habría cerrado en banda.

Al escuchar hablar a Berta, me alegré de haber confiado en su capacidad para llevar a cabo su proceso. De pronto, el comentario de David Grand sobre la locura que sólo lo es en apariencia cobraba sentido. Me di cuenta de lo importante que es confiar en el paciente y sus recursos. Esa confianza me impidió ceder ante mi propia ansiedad y dar un paso en falso como terapeuta. Al mismo tiempo, contribuyó a que Berta se sintiese aceptada y respetada.

PRIORIDAD DEL CONTACTO DEL CLIENTE CONSIGO MISMO

“Effective inquiry is crafted so as to enhance the client’s self discovery; what the therapist learns is secondary [...]. The goal of inquiry is to expand the client’s contact with self and others.”

Moursund & Erskine, 2003 (p. 123)

Si el paciente realmente tiene la respuesta y si la actitud del terapeuta consiste en confiar en el proceso iniciado por su paciente, entonces la misión del terapeuta pasa a ser la de velar por que el paciente mantenga el contacto consigo mismo.

En BSP, las intervenciones del terapeuta están destinadas a que la persona mantenga el contacto con las sensaciones que surgen en su cuerpo. El terapeuta se ocupa de instaurar el marco pero el contenido lo pone el paciente. Así pues, mis intervenciones, antes que ayudarme a comprender, han de facilitar la conexión de la persona consigo misma, tal y como me comentó Mario Salvador en nuestra primera supervisión (ahora lo entiendo). El propio David admitió que no siempre comprendía lo que sucedía dentro de sus pacientes cuando rastrea sus sensaciones pero no consideraba aquello como un obstáculo para la buena marcha de la terapia. De ahí la importancia de aceptar que algunas cosas seguirán siendo un misterio y de renunciar a explicarlo todo.

A veces potenciar el contacto del paciente consigo mismo implica poner cuidado en no interferir en su proceso. Me refiero a la importancia del lenguaje. En algunos casos el terapeuta puede condicionar o restringir al paciente a la hora de darle las instrucciones. Preguntarle qué siente le limita al campo de las emociones. Es más adecuado indagar sobre lo que experimenta o lo que le surge en cada momento.

OBSERVAR CON CURIOSIDAD

“Who is the client sitting across from me? Who is the colleague with whom I am talking? Who are the seemingly old, homeless street people that I meet? [...] I try to create myself as an empty vessel, to be filled by the client’s phenomenological perspective.”

Erskine, 1999

Puesto que la prioridad es conseguir que el cliente mantenga el contacto consigo mismo, entonces al terapeuta le corresponde dejar a un lado sus expectativas. Lo mejor para eso es observar al paciente con curiosidad. ¿Quién es esta persona? ¿Qué me cuenta? Es similar a ver una película en el cine: uno puede hacer conjeturas sobre lo que les sucederá a los protagonistas pero al final se sumerge en la historia y la sigue allá donde ésta le lleve.

David Grand acepta que es inevitable tener expectativas pero no se aferra a ellas presionando al paciente para que encaje con sus conjeturas. Simplemente toma nota y las deja pasar. Sabe que si son acertadas volverán a surgir más tarde. Para ser un buen observador hace falta ser una persona curiosa e inquieta. Ésa actitud reduce las posibles proyecciones y ensalza la sintonía, porque el terapeuta ya no está en contacto con sus temáticas no resueltas sino con la historia que le cuenta el paciente. Además, le permite adecuarse al ritmo de la persona y no apresurar el proceso.

ACEPTAR LAS PROPIAS LIMITACIONES

“Since the weeks after September 11th, I have been psychologically running in circles, doing multiple tasks at the same time, feeling under pressure, and making many mistakes.”

Erskine, 2002

Aún recuerdo el murmullo jocoso que suscitó David Grand al contar que cuando se hallaba muy cansado utilizaba el BSP rodante con sus pacientes porque le suponía menos esfuerzo. David no bromeaba: los terapeutas somos ante todo seres humanos, con nuestros días buenos y nuestros días malos. Nuestras limitaciones forman parte de lo que somos. Así pues, si yo acepto al paciente con sus vulnerabilidades y sus límites, si acepto que lo que surge del paciente es lo que tiene que ser y está bien tal y como es - independientemente de que lo entienda o no - entonces, por coherencia, es lógico asumir que lo que salga de mí también estará OK.

En ese sentido, la actitud de aceptación de David Grand ha cambiado la manera en que considero mis limitaciones. Antes de empezar el taller, el hecho de ser yo constituía para mí un gran obstáculo. Ser yo implicaba no ser ni Mario Salvador, ni David Grand, ni Richard Erskine. Esta constatación, sencilla en apariencia, derivó en un importante cambio de actitud para mí: no ser ninguno de ellos implicaba renunciar a la exigencia que me había impuesto de hacer terapia igual que ellos. Ya no necesito demostrarle mi valía a nadie, puedo centrarme en mis pacientes sin que la presión de ser como los maestros se interponga en mi trabajo. Ya no se trata de copiar a otros sino de ver qué hacer con lo que surge en el proceso.

CREATIVIDAD

“Creativity involves searching for new solutions. Creativity leads to change. We can learn creativity by embracing the perspectives of others. Creativity includes examining problems from a novel perspective.”

Erskine, 2007

¿Y qué se puede hacer con lo que surge en el proceso? Todo depende del paciente, del terapeuta, de las posibilidades de ambos y del momento que atraviesen. Del mismo modo que en BSP carece de sentido que el terapeuta pretenda que una sensación de presión en el pecho acabe siendo un hormigueo en el pie, tampoco tiene sentido que el terapeuta espere acabar una sesión con un determinado resultado, como lo había pretendido yo con mi primera paciente en el verano.

El terapeuta creativo lo sabe, por eso deja que la sesión fluya según su propio ritmo, igual que el surfista busca mantenerse en pie sobre la tabla esperando con curiosidad a ver adónde le lleva la ola.

El terapeuta creativo conoce la teoría y las técnicas pero también está en contacto consigo mismo, con el cliente y con el momento que atraviesa la relación. Mantiene una actitud curiosa y abierta, una actitud de “¿Y por qué no?”.

Las sugerencias que más me gustaron de David Grand fueron “trial and error” (ensayo y error) y “mix and match” (“mezcla y combina”). Cada paciente es único, no existen reglas fijas que funcionen en todos los casos. Por eso está bien dejar que una intuición acerca de un paciente se convierta en una hipótesis susceptible de ponerse a prueba. Al final, se trata de crear un espacio en el que las sorpresas sean bienvenidas.

CONCLUSIÓN

Acudí al taller de BSP deseosa de aprender una técnica nueva, en mi empeño por conseguir una formación que me ayudase a tener el control del proceso terapéutico, manteniéndome a salvo de mi falta de experiencia.

Sin embargo, al experimentar con el rol de paciente, tomé conciencia de mis recursos. Comprendí que los pacientes no son seres desvalidos. Al contrario: ellos poseen la clave de su propio proceso. La tarea del terapeuta no consiste en abastecer al paciente de una solución mágica sino en construir un marco que fomente el contacto consigo mismo, ayudándole a conseguir sus propias respuestas.

Esto me llevó a cambiar mi necesidad de control por una actitud de confianza y curiosidad que me ayudó a aceptar mis propias limitaciones y a fluir con un proceso donde lo más importante para mí es la creatividad y el respeto por la sabiduría interior del paciente.

REFERENCIAS

Erskine, R. G. (2007). Cooperation, Relationship and Change. *Keynote address during the International Transactional Analysis Conference in San Francisco, California, U.S.A.*

Erskine, R. G. (2002). On the streets of New York. *Newsletter of the ITAA, April 2002, page 3.*

Erskine, R. G. (1999). The Psychotherapist's Myths, Dreams, and Realities. *Keynote speech at the Second World Congress for Psychotherapy in Vienna.*

Erskine, R. G., Moursund, J. P., & Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship.* New York: Routledge.

Grand D. (2009). Brainspotting workshop at Aleces, Lugo.

Moursund, J. P., & Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The art and science of relationship.* Thomson, Brooks/Cole

Salvador, M. (2009). Primera supervisión.