

La Psicoterapia del Contacto-en-la-Relación: DIALOGOS CON RICHARD ERSKINE

Psychotherapy of Contact-in-Relationship: Conversations with Richard Erskine

Grover E. Criswell y Richard G. Erskine

Traducido por Amaia Mauriz y Revisado por Aitor Mauriz

Cómo Referenciar este artículo

Criswell, G. E. y Erskine, R. G. (2015) La psicoterapia del contacto-en-la-relación. Diálogos con Richard Erskine. *Revista de Psicoterapia* 26 (100), 115-127

Resumen:

Esta es una conversación con el Dr. Richard G. Erskine acerca de la relación psicoterapéutica. Richard es uno de los conferenciantes plenarios en el Instituto y en el Congreso de la Academia Americana de Psicoterapeutas en Atlanta, G.A. en Octubre desde el 24 al 28, de 2012.

Palabras clave: psicoterapia integrativa-relacional, relación terapéutica co-creada, indagación, sintonía, implicación, inter-subjetividad

Abstract:

Below is a conversation with Dr. Richard Erskine about the psychotherapeutic relationship. He was one of the plenary speakers at the Institute and Conference of the American Academy of Psychotherapists in Atlanta, GA, October 24 to 28, 2012.

Keywords: integrative-relational psychotherapy, therapeutic relationship co-created, inquiry, attunement, involvement, inter-subjectivity

Fecha de recepción: 10/12/2012 Fecha de aceptación: xxxx

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail Richard G. Erskine: www.IntegrativePsychotheapy.com

E-mail Grover E. Criswell: gec444@gmail.com

Nota Editorial:

Esta entrevista apareció publicada en la Revista *Voices: The Art and Science of Psychotherapy*, 48, 2, 5-12 (2012) con el título "Psychotherapy of Contact-in-Relationship: Conversations with Richard". Agradecemos el permiso para su publicación.

Richard G. Erskine, Ph.D. Director de Formación en el Instituto de Psicoterapia Integrativa. Licenciado como Psicólogo Clínico y Psicoanalista. Analista Transaccional Certificado y Psicoterapeuta Grupal, formado también en Psicoterapia Gestalt y Psicoterapia Corporal desde 1967.

En 1972, siendo profesor de la Universidad de Illinois, el Dr. Erskine desarrolló los conceptos iniciales de la Psicoterapia Integrativa. En 1976 fundó el Instituto de Psicoterapia Integrativa en Nueva York y junto con los miembros del Seminario de Desarrollo Profesional que él dirige, continuó el desarrollo, investigación y profundización de un estilo de psicoterapia relacional e integrativo.

Todos los años, el Dr. Erskine imparte cursos didácticos y seminarios experienciales en numerosos países de todo el mundo. Asimismo está implicado en la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa de la cual fue fundador, y que tiene una amplia membresía internacional. Es autor de numerosos artículos y coautor de cinco libros a cerca de teoría y métodos en la Psicoterapia. Muchos de sus artículos están disponibles en la website: www.IntegrativePsychotherapy.com

Grover E. Criswell, M. Div. era psicoterapeuta pastoral en Dayton, Ohio desde 1968 hasta que se jubiló en el 2011 para desarrollar una nueva identidad. Es un profesional de Ohio licenciado como counselor y supervisor clínico. Está también diplomado por la Asociación Americana de Counselor Pastorales y Psicoterapeuta Grupal Cerificado. Tuvo el privilegio de

estudiar psicoterapia integrativa con Richard durante más de ocho años. Ha sido miembro de la Academia* (APA) desde 1974, es asimismo miembro del Consejo Editorial de Voices, ex presidente y miembro destacado de la Academia.

* APA American Psychological Association (APA), Psychotherapy (Division 29)

Grover E. Criswell : Me gustaría empezar con una frase tomada de una de tus conferencias Richard, la cual parece que es central para la psicoterapia integrativa: las dinámicas relacionales son el marco de todo trabajo intrapsíquico.

Richard G. Erskine : Sí es cierto. La cualidad de la relación que construimos será el corazón de cualquier cosa que suceda en la psicoterapia. Esta relación que desarrollamos antes, durante, y ciertamente después de cualquier trabajo de expresión emocional, experiencial o cualquier otro tipo de trabajo intrapsíquico fluye a partir de nuestra sostenida y continua empatía, nuestro sentido de sintonización y de nuestro estar con y para el o la cliente. La relación psicoterapéutica es a cerca de estar completamente presente.

G.E.C.: ¿El entorno protector (de sostén) con todo lo que implique?

R.E.: Sí, todo tipo de actividad experiencial que vayamos a abordar –tanto una técnica de silla vacía, un diálogo en dos sillas, una expresión del enfado o del llanto profundo, o algún ejercicio bioenergético, o trabajo corporal en profundidad- la relación terapéutica es central. No son las técnicas lo que curan, las técnicas aumentan la eficacia de la terapia, pero no son la esencia de la psicoterapia. Es la relación terapéutica de contacto pleno la que curará las heridas relacionales de nuestros clientes. Nuestra implicación terapéutica queda perfilada por la forma en que entendemos la experiencia de nuestro cliente y por como aportamos nuestra propia experiencia en la relación terapéutica.

G.E.C.: ¿Cuáles son los elementos que apoyan las cualidades de una relación terapéutica efectiva?

R.E.: Yo comienzo asumiendo que no sé nada a cerca de la experiencia de mi cliente. Los errores que he hecho como terapeuta, estuvieron a menudo basados en la suposición de que sabía que estaba pasando con ese cliente; pero si tomo la posición de que realmente no sé nada a cerca de la experiencia de mis clientes, entonces tendré que indagar, indagar e indagar a cerca de lo que ellos sienten, de lo que están experimentando, a cerca de cómo le dan sentido a su mundo, que asociaciones hacen, y que recuerdos están emergiendo.

G.E.C.: Una historia relacionada con lo que tu señalas se ha producido recientemente en la liga nacional de football, donde un mediocampista de uno de los equipos tiró su segundo pase hacia los que lo podían interceptar. El comentarista dijo lo siguiente: el mediocampista “estaba tan centrado en tirar el balón a un receptor particular que no vio que los jugadores de la defensa estaban en la posición para interceptarle” me da la impresión que esto es lo que tú estas diciendo a cerca de las asunciones.

R.E.: Si, es el mantenerse abierto a todos los matices de aquello que está ocurriendo, lo que nos hace receptivos a la comunicación inconsciente.

G.E.C.: Esto implica más que solamente el hacer preguntas ¿es así?

R.E.: Yo pienso en ello como “el escuchar con todo mi self” –no solo con mis oídos sino también con mis afectos, mi sentido y cuerpo y utilizando todos mis años de experiencia Esto significa que debo sintonizarme con el cliente de forma que nos encontremos de una forma reciproca hacia sus afectos y sus necesidades relacionales. Este tipo de implicación incluye un esfuerzo constante de dar sentido al mundo personal y subjetivo del cliente al mismo tiempo que se confía en la propia historia, formación, supervisión y lecturas como si fueran una biblioteca de recursos muy importante. Estoy describiendo esto como un proceso lineal pero en realidad es una especie de holograma en el cual muchas dinámicas se están produciendo simultáneamente.

G.E.C.: Una forma de escuchar al cliente es ser consciente de cómo su presencia y sus palabras se registran y encajan conmigo. Simultáneamente me estaré centrando tanto en el cliente como en mis procesos internos.

R.E.: Esta es una de las razones por las cuales es esencial tener una buena psicoterapia, tanto en nuestra formación inicial como para disponer de un recurso continuado. Esto incluye asimismo la necesidad de consulta y supervisión regulares. Nuestra propia psicoterapia y supervisión nos va a proveer del bagaje que nos permita saber con claridad que es lo que llevamos en nuestra implicación terapéutica. La relación terapéutica es siempre una relación co-creada; y no es solamente una relación a cerca del cliente. El emparejarse y asociarse con el otro es lo que crea la relación terapéutica, y es a través de la cualidad de una relación de pleno contacto como se produce la curación.

G.E.C.: A menudo te he oído usar la palabra “sintonización” para el desarrollo de la relación terapéutica.

R.E.: En el libro *Más Allá de la Empatía: La Terapia del Contacto en la Relación* (co-escrito con Janet Moursund y Rebecca Trautmann, Bruner/Macel 1998 y Desclée 2012) nosotros usamos la palabra “sintonización” en varias formas diferentes: sintonía afectiva, sintonía rítmica, sintonía evolutiva, sintonía cognitiva y sintonía con las necesidades relacionales.

G.E.C.: Voy a asumir que cada una de ellas es parte de un todo aunque se pone el acento en aspectos ligeramente diferentes

R.E.: Efectivamente, la sintonía afectiva es la habilidad de ir más allá de la empatía. Consiste en la habilidad de proveer un encuentro recíproco con el afecto de la persona. Cuando están tristes nos acercamos desde la reciprocidad de la compasión, cuando están asustados nos acercamos proveyendo de seguridad. Cuando están enfadados los tomamos en serio. Cuando están alegres proveemos del afecto recíproco de nuestra vitalidad. Nos sintonizamos en su frecuencia y respondemos con el afecto que le corresponde.

G.E.C.: Algunas personas podrían tomar esto como un truco terapéutico, una forma sutil de manipulación.

R.E.: Por eso es tan esencial que la respuesta afectiva del psicoterapeuta sea auténtica –lo que el terapeuta aporta a la relación es un sentido completo y verdadero de sí mismo. Esta autenticidad es una expresión del cuidado por el bienestar de la otra persona, mantenerse completamente presente e implicado.

G.E.C.: Lo segundo ¿era la sintonía rítmica?

R.E.: La sintonía rítmica implica el sentir el ritmo único de nuestro cliente y consecuentemente el ajustarnos a su propio ritmo interno natural. Algunos clientes piensan con rapidez y otros piensan más despacio. Algunos, son lentos al expresar sus emociones y en cambio con otros clientes sentimientos intensos saltan fácilmente a la superficie.

G.E.C.: ¿Puedo suponer que el ritmo puede variar bastante cuando el o la cliente está tocando diferentes puntos en su travesía evolutiva?

R.E.: O bien, ellos pueden acceder y expresar sentimientos y pensamientos en diferentes ritmos cuando sentimientos tales como la culpa, la vergüenza o el asco están implicados. Estos sentimientos en el cliente conllevan a menudo la oportunidad par sintonizar evolutivamente. La sintonización evolutiva se refiere a pensar tomando en cuenta el desarrollo evolutivo; sentir a que edad evolutiva nuestro cliente puede necesitar atención terapéutica, y responder a lo que sería normal en un niño o niña en esa edad particular del desarrollo. A menudo en las etapas iniciales de la terapia, y a veces incluso más tarde, este fenómeno es como un agujero negro en el espacio. Pero sí nos sensibilizamos a pensar evolutivamente empezaremos a sentir y percibir que es lo que un niñ@ traumatizado o abandonado, de una particularidad, podría requerir por parte de un adulto cuidadoso y capaz de contacto pleno.

G.E.C.: Yo a menudo tengo una reacción de energía: sé que está pasando algo pero no puedo enfocarlo muy bien o no puedo encontrar palabras para describirlo, a veces durante un tiempo bastante largo. Este es un elemento que me enseña paciencia y humildad. Pero tú hablabas de uno más.

R.E.: Sí, sintonía cognitiva. Esto significa poner el foco en como dar sentido al mundo, cosas tales como: "algo falla en mí", "no se puede confiar en la gente", "la vida es una lucha". Estas creencias de guión así como el núcleo de valores que conllevan, van a dar forma a como nuestros clientes organizan sus experiencias y darán forma también a los acontecimientos en sus vidas.

G.E.C.: En nuestro foco a cerca de la sintonía ¿crees que en la psicoterapia siempre es necesaria la regresión?

R.E.: No. No siempre. Aunque tengo la impresión de que muchos psicoterapeutas no ofrecen el apoyo para la regresión terapéutica cuando esta es necesaria. Algunos clientes necesitan apoyo para realizar una regresión profunda y una relación reparadora que responda a ello. Incluso cuando no hay necesidad de regresión es necesario abordar temas arcaicos que aparecen en la transferencia. La transferencia de sentimientos arcaicos y de estilos de afrontamiento propios de la infancia puede ser actuada con el o la terapeuta, aunque a menudo este tipo de contenidos se expresan con mayor frecuencia en las "transferencias-de-la-vida-cotidiana".

Tengo algunos clientes que no parecen estar en transferencia conmigo, pero manifiestan conflictos transferenciales con sus jefes, estilos de apego evitativos o ansiosos con sus hijos, relaciones problemáticas en las relaciones íntimas, y muchos otros tipos de relaciones conflictivas influidos y moldeados por las formas arcaicas y no resueltas de manejarse con las dificultades relacionales. Yo creo que algunos clientes se pelean con la pregunta inconsciente "¿esta relación actual va a ser la misma o va a ser diferente que aquella con la que crecí y de la cual se que esperar?". En esos casos a menudo se mantienen en guardia de resultar heridos, de ser criticados o de ser abandonados emocionalmente de nuevo.

G.E.C.: De acuerdo..., así que si no estamos trabajando con nuestros clientes de forma regresiva, aún así la historia transferencial a menudo les lleva de nuevo a aquellas experiencias tempranas de la infancia y a las decisiones que hicieron a cerca de sí mismos, a cerca de la gente y a cerca del sentido de la vida. Es decir, a lo que algunos llaman *decisiones de guión*.

R.E.: Sí. Recordando el trabajo de Robert y Mary Goulding (1979) y en su foco a cerca de la redecisión sobre decisiones específicas de guión: la terapia de redecisión de los Goulding se centraba en recordar decisiones explícitas infantiles y en la toma de consciencia a cerca de cómo dichas decisiones afectaban a la vida de la persona años después. Con la dirección del terapeuta se animaba al cliente a tomar decisiones de cambio para una nueva vida. Las decisiones de los clientes con las cuales trabajaban los Goulding eran en general bastante cognitivas; se habían formado tardíamente en la vida del niñ@ en momentos en los que ya era capaz de realizar operaciones concretas y de retener recuerdos explícitos.

Aún hay otros dos niveles del guión de vida que se forman con anterioridad a poder recordar vividamente memorias explícitas. Ambos niveles son "noconscientes" y están formados por recuerdos fisiológicos, sub-simbólicos, procedimentales, e implícitos. Estos dos tipos de guiones de vida se basan en reacciones de supervivencia fisiológicas y en conclusiones explícitas experienciales. Estos guiones de vida se viven dentro del cuerpo, se experimentan como emociones repetitivas y se actúan en las relaciones.

Los guiones de vida se pueden formar durante el periodo de vida anterior a las operaciones concretas en el cual experiencias implícitas se acumulan a través de pequeño evento, tras pequeño evento, tras pequeño evento. Es en esta acumulación de experiencias cargadas de emoción como se empiezan a formar activaciones de procedimientos inconscientes y una simbolización rudimentaria. Estas conclusiones parcialmente simbolizadas y basadas en recuerdos implícitos van a moldear la sensación a cerca de la realidad de la persona y generará creencias que darán forma y organizarán las experiencias futuras. La persona no tiene la experiencia de haber tomado una decisión, sino más bien es una conclusión de que "esto es la realidad" o de que "esto es como siempre ha sido".

Con estas conclusiones experienciales implícitas no hay un particular evento que sea significativo. Las creencias limitantes de guión se forman a partir de series de perturbaciones relacionales y de una acumulativa negligencia de las necesidades-relacionales del niño. Algunos clientes relatan que “siempre se han sentido no queridos”, “siempre han sido maltratados”, “sintiéndose siempre una birria”, o que siempre ha sabido que “la gente no es de fiar”.

G.E.C.: Parece que en el proceso de decisión o más bien en el concepto de conclusiones implícitas estás describiendo un proceso que es minúsculo e inacabable. Es más una especie de infección sistémica que una enfermedad localizada. En la edad preescolar estaría probablemente compuesto por series de conclusiones más que por una decisión. Esto implica un nivel mucho más temprano que aquel en el que los Goulding se estaban centrando.

R.E.: Exactamente. Las conclusiones experienciales implícitas representan un periodo de tiempo evolutivamente más temprano –el tiempo de lo pre-linguístico, de los recuerdos implícitos y procedimentales- y a menudo refleja una persistente sensación de perturbación relacional que conlleva muchas repeticiones antes de que el niño pueda empezar a dar forma a una representación simbólica de esta experiencia.

Además de estas decisiones explícitas y de las conclusiones experienciales implícitas hay también reacciones fisiológicas de supervivencia que forman la base del propio guión de vida. Hay grabaciones pre-simbólicas dentro del cuerpo –en los tejidos musculares y en los órganos internos- que reflejan la historia relacional y emocional de la persona. Están compuestas por tensiones y constricciones musculares, la retroflexión de la necesidad de protección y de auto-expresión. Estas reacciones de supervivencia son fisiológicas y representan el sujetar, el contener los recuerdos pre-conscientes y sub-simbólicos dentro del propio cuerpo. Esto explica por que debemos de trabajar físicamente con algunos clientes. La forma por la cual hagamos terapia experiencial depende de cual es la combinación de reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas o recuerdos explícitos que están emergiendo dentro del cliente.

Una psicoterapia experiencial y expresiva tal como puede ser la terapia de redecisión, el trabajo de silla vacía gestáltico, o la psicoterapia de la introyección es a menudo una opción de tratamiento para asuntos que están formados en torno a recuerdos explícitos. Ilustré varios ejemplos de terapia experiencial en el libro *“Psicoterapia Integrativa en Acción”* (2010). A través de este libro Janet Mousund y yo, enmarcamos nuestro trabajo en los cuatro ámbitos de la terapia para el cambio de guión de vida: el cognitivo, el comportamental, el afectivo y el nivel fisiológico. En nuestras transcripciones de numerosos casos, describimos el uso de la terapia de regresión en la cual el cliente recibe apoyo para volver atrás en la fantasía, al tiempo de la formación del guión. La regresión anima y empodera al cliente para redecidir y para usar recursos superiores en el “ahora” que le ayuden en su confuso, asustado o enfadado niño del “entonces”.

G.E.C.: ¿Podrías darnos un breve resumen de alguno de esos casos?.

R.E.: El caso de Conrad me viene rápidamente a la mente. Conrad es un hombre muy controlado y muy intelectual es exitoso académicamente y es del tipo de persona que piensa en lugar de sentir sus emociones o denotar sus sensaciones corporales. Su cuerpo está tenso y a menudo mira con desaprobación. El propio acto de haber solicitado ayuda para abordar sus emociones es un giro de conducta importante para él, y es una evidencia de que se ha producido recientemente un crecimiento terapéutico importante.

Antes de la sesión que está transcrita en el libro, Conrad ha descrito que él es crítico y agresivo con los estudiantes y con los otros profesores. Esto lleva a las sesiones donde nosotros pudimos abordar numerosos elementos de su vergüenza y el doloroso recuerdo de un profesor de la escuela de primaria que fue cruel y humillante.

Estas experiencias tempranas de la escuela tuvieron como resultado el que Conrad se formase una creencia de guión de “no soy suficientemente bueno”.

En la sesión de terapia que se presenta en el libro estoy haciendo indagación a cerca de experiencias más tempranas en su vida donde él hubiese podido concluir también “no soy suficientemente bueno”

Mi consistente indagación fenomenológica a cerca del afecto y de las sensaciones internas estimuló en Conrad un recuerdo de cuando tenía cinco años y estaba subiéndose a un árbol alto para escapar del control de su madre. Le pedí que cerrase los ojos y que se imaginase asimismo escalando más arriba, para enfocar las sensaciones físicas de escalar libremente el árbol y de disfrutar siendo un "maestro escalador de árboles". Después "fuera en ninguna parte" él oye la voz de su madre diciéndole que baje o "yo te zurraré". Conrad queda atrapado en un dilema emocional entre su propio éxtasis con el éxito de escalar el árbol y su enfado por las demandas de su madre y sus amenazas de castigo.

Le animé a escalar más alto y a responder con aquello que él estaba sintiendo. Se puso aún más enfadado con el control de su madre. A medida que él le hablaba a ella desde la punta de su árbol imaginario, se dio cuenta de que su madre no deseaba que Conrad explorase y que disfrutase de la vida. En la libertad y el placer imaginarios de escalar más alto le gritó a su madre "sí, retenme abajo, para que yo sea tu padre y tu marido". Conrad continúa describiendo las peticiones de su madre como "una prisión a salvo". Empezó a llorar y se dio cuenta de que su madre necesitaba que él fuese una compañía reconfortante para ella, un marido o un padre. Repentinamente él fue consciente de cuan imposible tarea era esta y de cómo él nunca podría dar la talla, él nunca podría ser "lo suficientemente bueno" para compensarle a su madre de sus problemas relacionales y de su insatisfacción.

Desde lo alto de su árbol imaginario, Conrad tomó nuevas decisiones: decidió sentir sus propios sentimientos y tomar sus propias necesidades; decidió ser hijo en la familia y no el marido ni el padre. Como un niño de cinco años (o quizás incluso más joven) él había asumido el rol de ser la compañía de su madre y su cuidador, al tiempo que secretamente se sentía enfadado y creía "no soy lo suficientemente bueno". La expresión tanto del enfado como de la alegría de Conrad dirigió el camino a hacer una redecisión que cambió la forma en la que él se relaciona con la gente y lo que él siente hacia sí mismo.

G.E.C.: El caso de Conrad ofrece un buen ejemplo del uso del role-playing y de la fantasía para poner en la superficie decisiones explícitas de guión, y para asfaltar el camino de una redecisión. Mencionaste que en los casos en que la formación proviene más de conclusiones experienciales implícitas, la relación terapéutica continuada resulta incluso más esencial que la terapia expresiva o experiencial.

R.E.: La historia de Conrad me hace recordar un artículo que puedes encontrar interesante porque en él el foco de la terapia es más a cerca de las interacciones actuales durante la hora de la sesión de terapia. Su título es *Integrando Métodos Expresivos en Psicoterapia Relacional* (2010). Ahí se describe como utilicé los métodos relacionales de indagación fenomenológica, sintonía afectiva e implicación terapéutica para subrayar la transferencia del cliente conmigo. También abordamos la realidad de los errores que yo cometí en la terapia. Este fue un énfasis central durante un periodo considerable de tiempo antes de que pudiéramos enfocarnos en recuerdos tempranos o en las decisiones infantiles.

Este caso-ejemplo ilustra el uso de una relación implicada inter-subjetiva, el poder de las actuaciones transferenciales concretadas como expresión de recuerdos procedimentales e implícitos, también la necesidad de reparación en la relación terapéutica, y la cuidadosa presencia del psicoterapeuta. Esto describe una forma de psicoterapia, como puedes notar, más adecuada para la resolución de un guión de vida que estuvo formado a partir de conclusiones experienciales implícitas, las cuales han sido creadas a lo largo de un largo periodo de tiempo en lugar de partir de recuerdos explícitos.

Cuando estamos tratando con clientes cuya negligencia y trauma acumulativo ha sido formado como memoria implícita, necesitaremos embarcarnos en un proceso mucho más largo de psicoterapia relacional compuesta de sintonía al afecto, ritmo, etapa evolutiva, y necesidades-relacionales. Los principios terapéuticos y el área terapéutica de una psicoterapia relacional integrativa se describen y definen en "*Más Allá de la Empatía: una terapia del Contacto-en-la-Relación*" (1999).

Cuando nos enfrentamos a las retroflexiones del cuerpo, compuestas de reacciones de supervivencia fisiológicas, será esencial que lo abordemos desde una psicoterapia orientada al cuerpo tal como fue descrito por Edward Smith en su libro *El Cuerpo en Psicoterapia* (1985). Para algunos clientes es completamente necesario que integremos los abordajes experienciales, relacionales y fisiológicos en nuestro compromiso terapéutico.

G.E.C.: El clima negativo actual en lo que concierne al tocar en la psicoterapia ¿hace que sea más difícil trabajar con clientes desde lo fisiológico?

R.E.: Sí eso es cierto. Yo acudí a una reunión sobre ética de una asociación estatal de psicología y compartí como uso el tocar y como hago psicoterapia fisiológica con algunos clientes que habían sido traumatizados por la negligencia relacional temprana o que habían tenido experiencias de trauma físico. El moderador del comité de ética dio un salto en su silla y declaró "¡si tú tocas a los cliente de la forma que lo estás describiendo, eres completamente no-ético!". En su perspectiva de terapia cognitivo conductual él no tenía ningún concepto de cómo el trauma se lleva dentro del cuerpo y de los efectos positivos profundos de una psicoterapia corporal éticamente sensitiva y de pleno contacto relacional.

G.E.C.: Hay tanto para un diálogo profesional abierto...supongo que hay muchas suposiciones que asustan y sabotean lo que podría ser una conversación significativa sobre este tema.

R.E.: Un diálogo profesional de estas características ofrecería la oportunidad para explorar el espectrum completo de la psicoterapia fisiológica. Yo tengo muchos clientes a los cuales no toco. No tenemos esta cualidad de relación, o la necesidad de tocar no ha emergido aún en la terapia dado que lo que necesitan es centrarse en otras cosas diferentes que las restricciones posibles en su cuerpo. Con muchos de esos clientes a los cuales no toco, ciertamente suelo usar metáfora física o actividad, cosas tales como: pidiéndoles que pongan sus manos en su "corazón que duele"; pedirles que fantaseen que alguna persona amorosa les está sujetando; exagerando la presión en su mandíbula cuando "quieren morder su cabeza"; o identificando en que parte de su cuerpo guardan su enfado, miedo, o amor. Con algunos clientes puede ser que les anime a realizar algunos movimientos como levantarse y estirarse, o usar ejercicios de bioenergética que faciliten un incremento de la conciencia o para relajar en procesos disociativos. En muchos casos hago psicoterapia corporal pero no toco directamente al cliente.

G.E.C.: Eso seguro, pero a mí no me gustaría que vayas en esas ocasiones a una psicoterapia experiencial intensa cuando el trabajo implica y requiere un componente físico explícito. Por supuesto que nunca se trata solamente de trabajar físicamente, sino que es el relacionarse en el nivel físico lo que lo que hace profundizar en la experiencia completa del cliente.

R.E.: Hay clientes con los cuales tengo un contacto físico intenso. Les sujeto durante la regresión a la etapa pre-verbal o también cuando están confrontando expresivamente la imagen de un abusador. Y hago masaje muscular profundo para aliviar las tensiones corporales, lo fisiológicamente inexpressado y basado en emociones y para deshacer las retroflexiones. Este tipo de psicoterapia fisiológica puede producir resultados profundos. En cualquier caso todo tipo de trabajo corporal, ejercicio experiencial, o terapia de rededición debe ser hecha dentro de una relación terapéutica de pleno contacto –una relación implicada que existe antes, durante, y después de que los métodos expresivos sean utilizados. En esta reunión de la Asociación Estatal de Psicología, yo quería mantener una discusión acerca de cómo, con quien y cuando llevar a cabo una terapia corporal con ética. Tal discusión no fue posible en aquella reunión –la Asociación Americana de Psicoterapeutas, es una de las pocas asociaciones donde este tipo de discusión franca es posible

G.E.C.: Lo que tú has estado describiendo son varias partes de la implicación. ¿Podrías decir algo más acerca de esto?

R.E.: En el libro *Psicoterapia Integrativa: Arte y Ciencia de la Relación* (2003) nosotros utilizamos el término "implicación" y "presencia" a modo de términos categóricos que describan nuestra sensación de estar con y para el cliente –esto conlleva que él y la terapeuta esté constantemente centrado en el bienestar del cliente. La implicación incluye nuestra sintonía al afecto del cliente, a su ritmo, a sus necesidades evolutivas y en el verdadero reconocimiento cada transacción del cliente, así como en la responsabilidad reciproca en cada transacción verbal y no verbal.

G.E.C.: Por lo tanto tú estás consistentemente, dando a conocer al cliente, que tú estás ahí con él o con ella.

R.E.: Así es. Otro aspecto de la implicación incluye el proceso de "validación". La validación es a cerca del respeto por la importancia y el significado de lo que el cliente piensa, siente, fantasea o por como se comporta, incluso aunque lo haga de una forma que no parezca tener mucho sentido para nosotros. Hay siempre algo que se comunica en cada gesto, en cada conjunto de palabras, en cada movimiento corporal, o en como organizan su experiencia. Nuestros clientes necesitan de nosotros el reconocimiento, la validación y la normalización de su experiencia fenomenológica –para estar completamente implicados en su descubrimiento de su propio proceso psicológico.

G.E.C.: Para que puedan dejar a un lado sus juicios críticos, a los clientes se les estimula a que se puedan apropiarse de todas las diferentes partes de sí mismo y a dejar a un lado algunos de los juicios que ellos albergaban.

R.E.: Esto nos lleva a otra dimensión, a la cual me refiero como "normalización". Normalización incluye el descubrimiento de cómo las conductas y fantasías del cliente, así como las formas de dar sentido a su mundo eran algo normal en su situación previa...la cual a menudo era una situación anormal. Durante las fases de desarrollo pre-operativo y de operaciones concretas, un niño pequeño puede dar sentido a sus relaciones, llegando a conclusiones como "nadie está ahí para mí"; "algo está mal en mí"; "no se puede confiar en la gente"; o "no vale para nada". Estas conclusiones de dar sentido o decisiones puede ser que continúen más tarde en la vida en forma de creencias restrictivas de guión –creencias que eran la forma "normal" de dar sentido a relaciones disfuncionales cuando se era niño y en un tiempo en el cual él o ella era ignorado, criticado, o castigado físicamente. Estas creencias de guión que dieron sentido a un niño que se encontraba en una situación anormal o disfuncional años atrás podrían formar el anteproyecto y los esquemas sobre los cuales organizar años más tarde las experiencias de la vida adulta. Me parece que es extremadamente importante el normalizar, dentro de un contexto evolutivo, aquello que muchas escuelas de psicoterapia definen como "patológico". Espero hablar más a cerca de la distinción entre "normalización" y "psicopatología" en la conferencia en Octubre.

G.E.C.: Yo creo que tú estás hablando acerca de cómo el terapeuta ayuda a crear un entorno seguro y de sostén, en el cual los asuntos terapéuticos se puedan abordar en lugar de etiquetar o de diagnosticar a la persona.

R.E.: Sí, mi objetivo es des-patologizar las etiquetas del cliente a cerca de sus procesos psicológicos propios. Quizás nosotros deberíamos guardar esta discusión para la conferencia de octubre y continuar ahora con la última subcategoría de la implicación llamada "presencia".

Con la presencia él o la terapeuta deja a un lado sus propios objetivos, aspiraciones y deseos, y experimenta y se centra en el estar con el o la cliente. El concepto de presencia parece ser una paradoja: es tanto el dar una atención sin fisuras al cliente como simultáneamente la capacidad de mover la conciencia periódicamente, hacia nuestra experiencia fenomenológica "la conciencia de aspectos de nuestras propias experiencias que serán utilizadas para ayudarnos a entender que es lo que el cliente está experimentando. Esto es similar a lo que Kohut llamó "introspección vicaria" (1977). Entonces nosotros usaremos esta introspección, nuestra sintonía evolutiva y sintonía afectiva para organizar nuestra indagación fenomenológica. Así estas cuatro cosas juntas –reconocimiento, validación, normalización, y presencia- son lo que yo considero los aspectos nucleares de la implicación. Nuestro uso sensitivo de la sintonía y de la implicación es mucho más que comunicación; estas dimensiones de una psicoterapia relacional establecen un sentido de comunión entre cliente y terapeuta. Una vez que esta comunión sea establecida y mantenida, entonces los métodos experienciales de la psicoterapia tienen una eficacia duradera.

G.E.C.: Bien, miraré todo ello como parte de lo que tú llamas "el-contacto-en-la-relación" ¿es así?

R.E.: ¡Sí efectivamente! Todas ellas son subcategorías o dimensiones de una terapia del contacto-en-la-relación. A lo largo de 1980 en un seminario de psicoterapeutas y supervisores senior en el Instituto de Psicoterapia Integrativa de Nueva York escuchamos numerosas grabaciones de sesiones de psicoterapia, transacción por transacción, observando los componentes de una psicoterapia implicada y orientada al contacto. Nuestro objetivo era

determinar que cualidad de afecto y de acción por parte del psicoterapeuta daba lugar a una cualidad sanadora en la relación con el cliente. Nuestra investigación cualitativa produjo docenas de términos descriptivos que nosotros analizamos factorialmente en tres categorías principales: indagación, sintonía e implicación (Erskine 1998). Después tomamos cada una de esas categorías e investigamos las varias dimensiones o subcategorías que estaban incluidas, entre otras reconocimiento, validación, normalización, presencia además, del concepto de necesidades-relacionales. Hablaré mucho más extensamente a cerca de la importancia de las necesidades-relacionales en el congreso.

El propósito de nuestra investigación era comprender que es lo que resulta efectivo para el establecimiento de una psicoterapia relacional, una psicoterapia donde la cura de la perturbación interna del cliente, se produce a través de la presencia y del contacto del psicoterapeuta. Como resultado de todo ello, ahora somos más capaces de enseñar a otros psicoterapeutas a cerca de las sutilezas de establecer un contacto pleno en la relación terapéutica.

G.E.C.: Este parece ser un buen momento para parar. Gracias Richard
Nota Editorial:

Referencias Bibliográficas:

Erskine, R. G. (1998), "Attunement and involvement: therapeutic responses to relational needs." *International Journal of Psychotherapy*, 3: 235-244.

Erskine, R. G., (2010) "Integrating Expressive Methods in Relational Psychotherapy," *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1:55-80.

Erskine, R.G., Moursund, J.P. & Trautmann, R.L. (1999),

Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship. Philadelphia, PA & London: Bruner/Mazel.

Erskine, R.G. & Moursund, J.P. (2010). *Integrative psychotherapy in action*, Karnack Books, London. (Originally published 1988, Sage Publications, Newbury Park, CA & London.)

Goulding, M.M. & Goulding, R.L. (1979), *Changing lives through redecision therapy*, New York: Bruner/Mazel.

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Chicago: University of Chicago Press.

Moursund, J.P. & Erskine, R.G. (2003). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship*, New York: Thompson/Wadsworth (Brooks/Cole).

Smith, E. (1985). *The body in psychotherapy*, North Carolina: McFarland & Co.