

# A **apoyo específico en las interrupciones de la toma de contacto.**

**Margherita Spagnuolo Lobb.**

*Traducido por: Manuel Ramos Gascón*

Artículo publicado en *Quaderni di Gestalt*, edición internacional, n. 1/1992.

Revista del Instituto de Gestalt-Centro de Comunicación Humana.

Ragusa, Siracusa, Italia.

## INTRODUCCIÓN

En la Terapia Gestalt, el apoyo es una intervención terapéutica específica para las interrupciones en el ciclo de la experiencia. Su propósito es restaurar la espontaneidad del organismo para que se complete el contacto deseado con el entorno. ¿Cuál es la intervención terapéutica más apropiada en la confluencia neurótica, en la introyección, en la retroflexión y en el egotismo?

"En la terapia de concentración, el problema de contactar con las funciones perdidas del ego no es diferente de cualquier otro problema de creatividad en lo que a orientación y manipulación se refiere, porque la inexperiencia o la insatisfacción en el darse cuenta, es percibida, simplemente como otro obstáculo en el ámbito de la relación organismo/ambiente. Es preciso tener necesidades, aproximarse, desmenuzar, para contactar, asentar, y asimilar. No es una cuestión de recuperar algo del pasado o rescatarlo de dentro del baúl, sino de adaptarse de forma creativa a una situación dada del presente. Para completar la gestalt en una situación actual es necesario disgregar y asimilar el desconocimiento como un obstáculo."

(Peris et al., 1951, 524)

Esta definición de los propósitos terapéuticos de la Terapia Gestalt nos introduce a un razonamiento que nos ayuda, sobre todo, a clarificar lo que significa el apoyo, en este contexto. Tiene que ver con un concepto totalmente diferente de lo que se ha dado en denominar «terapia de apoyo», en la que el objetivo fundamental es el fortalecimiento del ego. El apoyo, en Terapia Gestalt es una función, primero, del entorno, y seguidamente de la interacción del organismo con el ambiente. El obstáculo es lo que Peris, más arriba, denomina «insatisfacción en la toma de conciencia» o «ausencia del darse cuenta» (desmenuzar y recopilar; integrar), y definido más detalladamente en términos de bloqueos o interrupciones del ciclo de la experiencia (Salonia, 1989b; Müller-Ebert et al., 1989).

Así, el apoyo, en Terapia Gestalt, pasa a ser una intervención terapéutica específica para cada interrupción en el ciclo de la experiencia. Su propósito es devolver la espontaneidad al organismo para que pueda completarse el contacto deseado con el entorno. En otras palabras, este apoyo ha de permitir al *self* establecer un contacto pleno, eliminando el bloqueo específico, no en términos de una desensibilización conductual o una comprensión cognitiva del bloqueo, sino pasando a ser un proceso de adaptación creativa

a través de la disgregación y asimilación del proceso improductivo.

La persona crece si experimenta, tanto lo positivo como el anacronismo que ello supone, la forma en que bloquea su propia tendencia espontánea para establecer el contacto y la retirada con el entorno, y si encuentra formas alternativas, en el momento actual, para orientarse (con apoyo terapéutico o, en cualquier caso, con apoyo del ambiente), llegando, finalmente al límite del contacto y permitiendo, así, el intercambio con el entorno.

Laura Peris (1990, 10-11) sostiene que el contacto puede ser positivo y creativo sólo si existe un adecuado y suficiente apoyo. Y continúa, «la falta de apoyo se experimenta como ansiedad. (...) La fisiología primaria (como la respiración y la digestión), la postura erguida y la coordinación, la sensibilidad y movilidad, el lenguaje, los hábitos y costumbres, las formas sociales y de relación, y todo lo demás que hemos aprendido y experimentado durante nuestra vida», son nuestros soportes internos. Cuando estos aprendizajes (que han pasado a ser automatismos secundarios) van más allá de la utilidad para la que son concebidos, se convierten en bloqueos del proceso del curso vital. «En Terapia Gestalt desautomatizamos estos mecanismos secundarios al insistir en, aparentemente, conflictos insolubles, explorando cada detalle de los mismos. (...) Con una creciente toma de conciencia y el insight concordante, las alternativas de resensibilización y removilización, se vuelven disponibles y el cambio se torna factible».

**¿Cuál es el apoyo ambiental específico que un determinado paciente necesita, para completar la experiencia del contacto, en un determinado momento de su relación con el terapeuta?**

Ésta es la pregunta que los terapeutas Gestalt han de responder en cada sesión terapéutica.

El entender simplemente el bloqueo no es suficiente para permitir al orga-

### ¿Cuál es el apoyo ambiental específico que un determinado paciente necesita, para completar la experiencia del contacto, en un determinado momento de su relación con el terapeuta?

nismo crear una nueva y más funcional adaptación, y esto, además, es general puesto que no responde a la necesidad del apoyo específico en la fase de contacto en la que el paciente se bloquea. Por tanto, mitigar las tensiones musculares y el relativo bloqueo emocional, para recuperar la energía que fue retenida, no es suficiente como ayuda, si al paciente no se le proporciona la oportunidad y la posibilidad de estructurar y orientar esa energía hacia el intercambio de sus necesidades con el entorno.

Estas ideas nos permiten trazar dos aspectos importantes en la metodología de la intervención. La primera es la necesidad de poseer instrumentos precisos de diagnóstico que permitan al terapeuta llegar a saber qué tipo de apoyo ha de proporcionar. Junto a la necesidad de un diagnóstico acerca del bloqueo en el que se encuentra el paciente, dentro del ciclo de la experiencia, me estoy refiriendo, también, a entender de qué índole es el desarreglo psicológico que muestra el paciente en sus relaciones: los instrumentos son necesarios para hacer un diagnóstico diferencial en las alteraciones graves, como *borderline*, psicóticos y neuróticos.

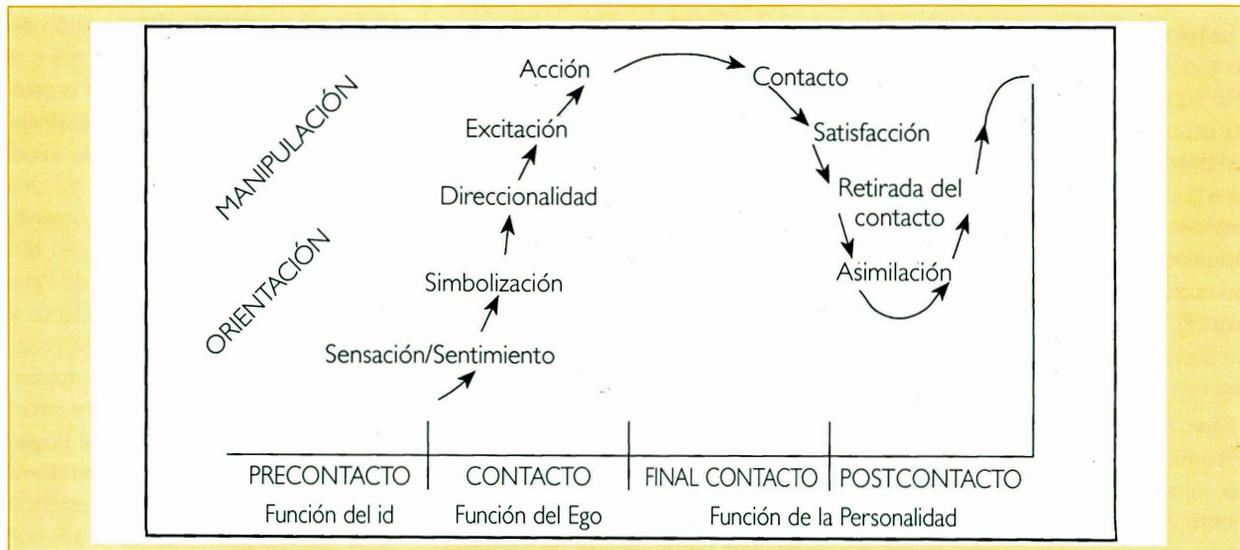
El otro aspecto metodológico se refiere a la habilidad del organismo para funcionar de forma autónoma y satisfactoria, saludablemente; esto únicamente es posible si ha tenido una experiencia positiva del «nosotros», de la confluencia (Salonia, 1989a). En este

sentido, la Terapia Gestalt, se adhiere, definitivamente, al punto de vista relacional, que postula la conformación del *Self* en función de la relación entre el organismo y el entorno. En otras palabras, la autoayuda es posible, únicamente, después de una experiencia inicial positiva de apoyo ambiental, de una confluencia saludable entre el organismo y su entorno. Esto explica, en términos de desarrollo, el slogan de Peris acerca de la necesidad del paciente, y de las personas en general, de pasar del apoyo del entorno hacia el autoapoyo. Así pues, si por una parte es necesario compartir la crítica a este slogan expresada por Isadora From, para quien, en términos de la experiencia actual del contacto, todos tenemos, por lo menos, el apoyo del entorno (nadie puede permanecer sentado sin el apoyo de una silla), por otra parte, es verdad que nadie puede depender de, y sostenerse, exclusivamente, con el apoyo ambiental (en nuestro ejemplo, la silla), si antes no ha aprendido (a través de las primeras experiencias de apoyo ambiental) que su propio cuerpo posee una consistencia interna (de músculos que reciben sensaciones y permiten el movimiento, un esqueleto que contiene los órganos y sostiene a la persona, etc.), y otros límites, bien delineados, que permiten a esa persona, entre otras cosas, poder sentarse en una silla.

### APOYO AMBIENTAL ESPECÍFICO EN LAS DIVERSAS FASES DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA.

Para orientarnos en la clase de apoyo que proporcionamos al paciente, en las diferentes fases, durante el proceso terapéutico y en la propia sesión, hemos de referirnos a una teoría del desarrollo de las habilidades del organismo para hacer contacto con su entorno.

**Cuadro 1. Esquema del Ciclo de la Experiencia.**



Algunos estudios (Cf. entre otros Salonia, 1989a; 1989b; Clarkson, 1989; Zinker, 1977; Nevis, 1987; Smith, 1985) han definido las fases evolutivas de la capacidad del ser humano para llevar a cabo el contacto con su entorno.

Los cuadros 1 y 2 sintetizan las bases teóricas de las que parto:

¿Cuál ha de ser el apoyo específico que ha de proporcionarse en la confluencia neurótica, en la introyección, en la proyección, en la retroflexión y en el egotismo?

Una premisa importante es la de que cada apoyo específico está es función del siguiente; cada paso está en función del que le sigue. Así, por ejemplo, una persona que proyecta, como forma neurótica de contacto con el entorno, debe ser apoyada en su habilidad de retener su propia energía en función de un contacto más realista entre el «Yo» (el organismo) y el «Otro» (el entorno), y así sucesivamente.

### Confluencia neurótica.

Esto se refiere al bloqueo en la primera fase del contacto, la del comienzo de la necesidad y de la atención por

el entorno. Cuando surge un interés significativo, en lo que se refiere al entorno, el organismo está incapacitado para separarse de la situación en la que se encuentra en ese momento, bloqueando por tanto ese primer momento de la necesidad.

Con esto se expresa la **fobia a la autonomía**, definida como la ausencia de diferenciación entre el organismo, o partes del mismo, y su entorno (Salonia, 1989b, 61).

No existe una diferenciación entre organismo y ambiente. El contacto prolongado en esta situación conlleva la desensibilización del organismo con respecto a su entorno actual. (Véase cuadro a continuación)

El organismo se encuentra confuso y no tiene referencia de su propia direccionalidad. «En la confluencia, dicen los fundadores, el neurótico no es consciente de nada y nada tiene que decir. El self, enajenado, se siente confinado en una opresiva oscuridad» (Peris et al., 1971, 475).

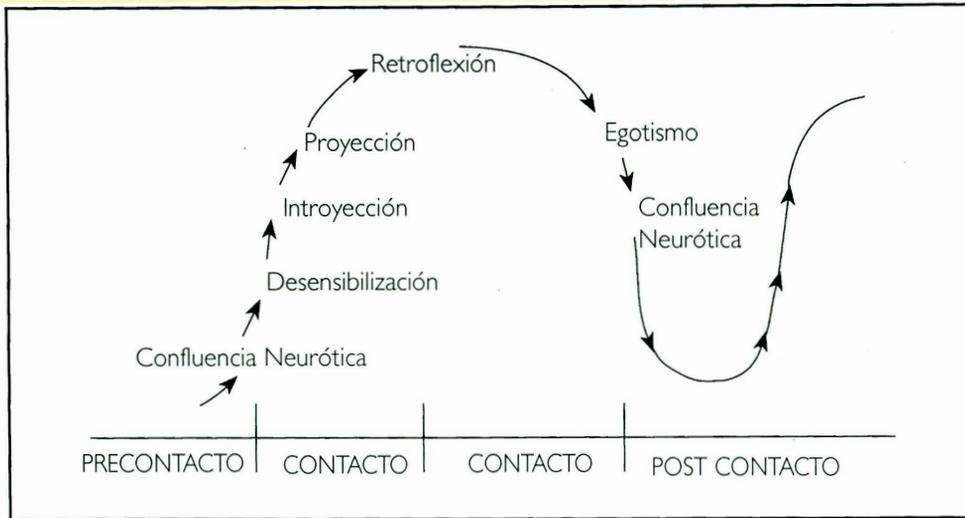
Es especialmente importante reconocer la modalidad básica que existe para cada patología con el fin de facilitar el apoyo adecuado.

**Finalidad terapéutica.** Alentar la dife-

renciación entre el organismo y el entorno, confirmando la experiencia precedente con la que el paciente se encuentra, aún, en confluencia, pero permitiéndole distinguir el remedio llevado a cabo por el terapeuta y también para que descubra la activación que supone el principio de autonomía (la confluencia saludable es aquella que proporciona, por una parte, apoyo, y por otra permite que se manifieste la autonomía del paciente). También, superar la fobia a la autonomía.

### Cuadro 3

**Técnicas.** Todas las técnicas sobre la toma de conciencia tienen, todavía, cierta dificultad en su aplicación (por ejemplo, «¿Qué es lo que estás sintiendo?»; «¿Qué estás haciendo?»; «¿Qué necesitas?»; etc.) debido a cierta confusión del organismo, que todavía no tiene una clara definición de aquello que pertenece al sí mismo y de lo que pertenece al ambiente. El proceso de alienación e identificación puede ocurrir si el organismo no se percata del surgimiento de la necesidad, por lo que la energía queda ligada a este suceso. Por tanto, mas que preguntar «¿Qué estás sin

**Cuadro 2. Interrupción en el Ciclo de la Experiencia.**

tiendo?», sería provechoso preguntar al paciente «¿Quién está sintiendo?».

**Ejemplo**<sup>1</sup>. El paciente comienza diciendo, «Bien, pues si quiere que le diga la verdad...» El terapeuta, rápidamente, responde: «No me digas la verdad, dime una mentira». En este caso, el terapeuta estimula la ruptura con una confluencia incipiente («Decir la verdad», no solo como introyección, sino como una forma de permanecer en la indiferencia, que bloquea el surgimiento de una tendencia a la acción) a través de la que, el paciente empieza, automáticamente, a hablar. Al propio tiempo, el terapeuta acepta la activación que va unida a la mentira, a la transgresión.

**El proceso terapéutico**<sup>2</sup>. Desde una percepción indiferenciada del contexto organismo-ambiente ( $O \equiv E$ ), debe procederse a la comprensión de las diferencias entre sus dos elementos ( $O \neq E$ ).

### Introyección

Ésta es la fase en la que el organismo empieza a exteriorizar e identificar su necesidad. Las cosas aprendidas previamente (los introyectos), llegados a este

punto, y en ausencia del apoyo ambiental, pueden servir para definir la necesidad. Pueden actuar como un punto desde el que cambiar la atención, para así, poder escapar a la angustia del sentimiento de vacío provocado por la percepción de la necesidad. (Salonia, 1989, 62).

Este proceso podría ser ejemplificado de la siguiente forma. Siento la necesidad → No recibo el apoyo ambiental que me orienta en la búsqueda de la satisfacción → Me centro en el vacío (como lo opuesto a la percepción de la necesidad) → Evoco lo aprendido para poder entender lo que ha pasado y bloqueo la energía que va ligada a la necesidad.

Típico de esta fase son las generalizaciones y los «debería».

Vemos en el texto del cuadro 3, «En la introyección, el neurótico justifica como normal lo que el self, enajenado, siente como un cuerpo extraño del que quiere desprenderse» (Peris et al., 1951, 523).

**Propósito terapéutico.** Inducir la activación ligada a la identificación de la necesidad, de la agresividad saludable, de la habilidad para manipular el entorno. Restaurar la adecuada dirección de la energía ligada a la necesidad.

**Técnicas.** Cualquier técnica usada, para fomentar la toma de conciencia en esta fase, es eficaz con el propósito de permitir la identificación de la necesidad.

En esta fase son apropiadas la mayoría de las técnicas clásicas que la Terapia Gestalt emplea, centrándose en la toma de conciencia, desde «¿Que sientes?» hasta la dramatización de aspectos del self, la concentración, la amplificación, el «quédate con eso y respira profundamente» o la transformación de preguntas en afirmaciones.

También, son útiles las técnicas de la Programación Neurolingüística (Bandler & Grinder, 1975), al evitar generalizaciones y omisiones (como, por ejemplo, «Nadie me quiere», o «Estoy enojado»). Asimismo, las técnicas de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1963; De Silvestri, 1981) son igualmente muy útiles en esta etapa.

El terapeuta debe retirarse a un segundo plano para permitir al paciente deshacer la introyección. Ya que es probable que el paciente introyecte también al terapeuta, es conveniente que, proporcionando un apoyo específico en esta fase, el terapeuta se abstenga de dar explicaciones, o de hacer comentarios e interpretaciones; antes bien, ha

Cuadro 3.

| Interrupción                 | Nivel fenomenológico  | Orientación del self  | Finalidad terapéutica   | Apoyo específico   |
|------------------------------|---|---|---|--|
| <b>Confluencia neurótica</b> | El paciente no se da cuenta de nada y no tiene nada que decir.                      | Se siente confinado en una opresiva oscuridad<br>O = E<br>O. o partes de él | Fomentar la diferenciación entre el organismo y el entorno  | Dejar que se manifiesten los sentimientos de diferenciación<br>O ≠ E   |
| <b>Introyección</b>          | El paciente justifica como normal que →   | Siente como un cuerpo extraño que quisiera arrojar de sí.<br>O < E          | Evidenciar la activación ligada a la identificación de la necesidad, la agresión saludable y la capacidad de manipulación del entorno | El terapeuta ha de retirarse a un segundo plano dejando, así, que el paciente identifique su propia necesidad<br>o > e             |
| <b>Proyección</b>            | El paciente está convencido, por medio de evidencia sensorial, donde →              | Siente como una fisura en su experiencia<br>O   E                           | Alentar la percepción de la expansión de los límites del organismo para alcanzar el nivel deseado de energía                          | Proporcionar una estructura a la energía. Facilitar el contacto como un recipiente para la energía del paciente<br>O = E           |
| <b>Retroflexión</b>          | El paciente está muy atareado con →   | Se siente fuera, excluido del entorno<br>o > e                              | Facilitar la experiencia saludable de la confluencia (poniendo la confianza en el entorno) superando la fobia a la confluencia.       | Alentar la percepción de un entorno facilitador. Alentar las cuestiones que el paciente pueda hacerse, para contestarlas.<br>e > o |
| <b>Egotismo</b>              | El paciente es consciente y tiene algo que decir sobre todo lo que le rodea, pero → | Se siente vacío, sin necesidades ni intereses<br>o > e                      | Restablecer la espontaneidad  | Alentar la experiencia del postcontacto para que tenga lugar la asimilación<br>O = E   |

de aceptar y estimular los avances del paciente en este contexto, alentando la formación de la figura.

Las técnicas centradas en el contacto (por ejemplo, el «tu-yo», el diálogo, el análisis de contacto) no son efectivos en esta etapa, e incluso pueden llegar a ser contraproducentes, debido a que estos métodos pueden ser «tragados» por el paciente, es decir, experimentados en términos de refuerzo o de predominancia del entorno a costa de la pérdida de su poder personal. En cualquier caso, el terapeuta no ha de comportarse de forma hiperactiva.

Es importante que el terapeuta, no solamente permita la identificación de la necesidad a través de técnicas para la toma de conciencia, sino que también proporcione apoyo a la necesidad que va surgiendo (sin evaluarla o interpretarla), para que el paciente vaya definiendo exactamente la energía que va ligada a aquélla y con la que puede llenar el vacío del que se hablaba antes y que es percibido como ansiedad.

**Ejemplo.** El paciente pregunta ansiosamente: «Doctor, ¿qué debo hacer?». El terapeuta permanece en silencio. El

paciente vuelve a preguntar: El terapeuta continúa con su silencio. El paciente, enfadado, le grita «¿Qué clase de doctor es Vd.? ¿Cómo puede llegar a pensar que ayuda a la gente si todo lo que sabe hacer es quedarse ahí, sentado, en silencio?». El terapeuta contesta: «Ahora podemos empezar a trabajar».

**El proceso terapéutico.** Desde la prevalencia del entorno en el campo perceptivo del paciente (o < E), es necesario pasar a la prevalencia del organismo (o > e).

### Proyección.

La necesidad ha surgido y la energía ha sido identificada. El bloqueo en esta fase no está vinculado a la ansiedad de sentirse vacío, sino a la incapacidad de manejar la propia energía. Llegados a este punto, si no existe un soporte ambiental adecuado, el organismo proyecta sus sensaciones y sus propias experiencias sobre el entorno, e incluso puede convertirse en un investigador obsesivo del mismo (Salonia, 1989b, 62 es). (Ver cuadro 3).

Los autores afirman: «En la proyección, el neurótico sabe, por evidencia sensorial, el punto donde a su self, enajenado, le falla la experiencia» (Peris et al. 1951, 523).

**Propósito terapéutico.** Proporcionar al organismo un espacio apropiado, en el que pueda comparar la percepción de sus propios límites con la percepción de su energía específica. Proporcionar el contacto, como un recipiente para las sensaciones del paciente, porque en esta fase hay mucha energía y la estructura es deficiente.

**Técnicas.** La técnica básica es promover una relación en la que el terapeuta se presente a sí mismo como recipiente para contener la energía del paciente. Únicamente después de que el paciente haya experimentado la posibilidad de ser acogido, de considerar al entorno como soporte, y no como el origen de continuos requerimientos para la realización de conductas, podrá permitirse a sí mismo crecer dentro de sus propios límites. Para esto, más que el uso de técnicas de concentración (como «Quédate con eso...», «Cierra los ojos y aspira profundamente»), que,

seguramente, podrían incrementar en el paciente la sensación de ansiedad ligada a la falta de control de su propia energía, es más útil pedirle que «respire según sus necesidades» o que escuche a sus temores, según vaya emergiendo. En otras palabras, ha de procurarse que el paciente se quede en un vivificante contacto con el terapeuta, exactamente cuando es más fácil para él, escaparse hacia la «evidencia sensorial».

**Ejemplo.** El paciente dice: «Sé lo que estás pensando de mí, ¡me estás juzgando!». El terapeuta contesta: «¿Qué ocurriría en tu interior si no te sintieras juzgado?» El paciente responde: «No sabría qué hacer». De nuevo el terapeuta: «No sabes cómo orientarte cuando sientes demasiadas cosas dentro de ti».

**Proceso terapéutico.** Desde la forma perceptiva en la que el organismo se define a sí mismo como inadecuado para contener la energía necesaria para acoplarse al entorno (O I E), es necesario pasar a la percepción en la que el organismo confie en sí mismo en su intercambio con el entorno (O = E).

## Retroflexión

Se ha identificado la necesidad, y la activación ha conducido al organismo hacia su propósito. El organismo está preparado para la acción, para el contacto. Si llegados a este punto dicho organismo carece de apoyo, se detendrá y retrocederá (Salonia, 1989b, 63). (Ver cuadro 3).

En el texto básico se expresa: «En la retroflexión, el neurótico está muy atareado en el punto donde su self enajenado se siente fuera, excluido del ambiente» (Peris et al. 1951, 523).

**Objetivo terapéutico.** Proporcionar la experiencia de una confluencia saludable, experimentar la confianza en el ambiente y superar la fobia de la confluencia.

**Técnicas.** Aparte del curso terapéutico específico que será diferente de acuerdo a la diferente estructura temática de la alteración, a un nivel procesual, todas las técnicas centradas en el contacto (como el «tu-yo», el diálogo, el compromiso, tanto a nivel corporal como emocional) son técnicas apropiadas. Además, es importante alentar al paciente para que cuestione y pida ayuda. En este sentido, podemos dar al slogan de Peris un mejor uso «cambiando las preguntas en afirmaciones», como apoyo específico para resolver la interrupción llamada introyección. Considerando lo que dijo Erving Polster (1988), respecto a la función narrativa de las preguntas, puedo decir que, el plantear cuestiones es un apoyo específico para resolver la interrupción, llamada retroflexión, si las cuestiones son planteadas por el paciente al terapeuta, resolviendo así la confluencia neurótica; o, resolviendo la introyección neurótica, si las preguntas son planteadas al paciente por el terapeuta.

Finalmente debemos considerar algunos aspectos temáticos críticos en esta fase (Cfr. entre otros Müller-Ebert et al., 1989; Miller, 1982; Lowen, 1986), tales como el temor a ser humillado y la fobia a la dependencia. Teniendo esto en cuenta, es importante que el paciente, para que pueda confiar en el entorno, cambie la acostumbrada percepción del mismo, desde necesitarlo a poder ocuparse de él.

**Ejemplo.** El paciente dice al terapeuta: «Vd. es importante para mí». El terapeuta responderá: «Eso me halaga», y no «Vd. también es importante para mí», que, en esta fase podría ser tomado por el paciente como una petición hecha por parte del terapeuta para interesarse por él y cuidarlo.

**Proceso terapéutico.** Desde la percepción en la que el organismo se emplaza a sí mismo en su entorno como alguien que debe «cuidar de...» (o>e) es necesario pasar a una situación en la que el organismo perciba que el entor-

no es algo que puede cuidar de él, a veces (e>o), y que no por eso ha de sentirse «atrapado».

## Egotismo.

El organismo habiendo llegado casi al final del contacto se retira antes de quedar satisfecho. Esta maniobra le impide aprender de la experiencia. Se obstaculiza la asimilación del «yo no» (Salonia, 1989b, 63). (ver cuadro 3)

«En el egotismo, el neurótico se da cuenta y siempre tiene algo que decir, pero el self, enajenado, se siente vacío, sin necesidades ni intereses» (Peris et al., 1951, 523).

En la relación paciente-terapeuta, esto se expresa, a menudo, en la falta de intercambios, a pesar de que el terapeuta está convencido de llevar a cabo un buen trabajo durante las sesiones. Es el caso de los pacientes perfectos, que nunca cambian, incluso aunque colaboren en la terapia y se dejen llevar, hasta cierto punto, en la experiencia del contacto.

Es una fase muy importante y generalmente olvidada en la literatura que trata de metodología clínica. Es lo que hace que, usando una metáfora de la Terapia Gestalt, el alimento se convierta en persona, que lo «mío se convierta en yo».

**Objetivo terapéutico.** Restablecer la espontaneidad del proceso de aprendizaje en la experiencia del contacto y retirada. Facilitar la experiencia del postcontacto para que pueda tener lugar la asimilación.

**Técnicas.** Apoyar la experiencia de sensaciones, y del aprendizaje en general, que surge en el paciente al final de la sesión o inmediatamente después, ya fuera de la situación de terapia. El terapeuta restablece la toma de conciencia del paciente respecto a la forma precipitada en que terminó el contacto, invitándole a que permanezca en esa situación para completar la expe-

riencia. El terapeuta plantea cuestiones acerca de lo que el paciente aprendió durante la sesión de terapia. Técnicas específicas muy útiles, en esta fase, son el «adiós» y la «tarea para casa».

**Proceso terapéutico.** Desde la autopercepción en la que el propio paciente se define a sí mismo como inútil, incluso a la luz de su inteligencia y conociendo sus cualidades, para crecer y cambiar ( $O < E$ ), es necesario la transformación hacia una *puesta al día de sus propias experiencias* (trabajando con la función de personalidad del self), para que, así, llegue a tomar plena conciencia del lugar que le pertenece, en el mundo ( $O = E$ ).

## CONCLUSIONES

Lo que he expuesto aquí no es sino un primer y germinal esbozo de ideas acerca de la ayuda específica que puede ofrecer el terapeuta Gestalt para eliminar los bloqueos, las interrupciones, en varias fases del contacto.

Mi contribución ha pretendido ser un estímulo, en el que el grupo de laboratorio de Enseñanza Avanzada para Formadores en Terapia Gestalt continuará trabajando, para construir una metodología de la intervención, siempre más diferenciada y articulada.

De hecho, nuestra experiencia didáctica, continuamente, nos desafia a conseguir la integración del estilo personal de los terapeutas que formamos, con los requerimientos específicos de apoyo ambiental que cada paciente, implícitamente, nos demanda.

Rememorando lo que se dijo en la Primera Conferencia de Terapia Gestalt en Italia, que se celebró en Roma en 1983, y que contó con la presencia, entre otras personalidades de Isadore Fromm, creo que enseñar Psicoterapia, entre otras cosas, implica el arte de enseñar un arte.

El modelo que he presentado, nacido de ciertas intuiciones desarrolladas con

la aparición de la Terapia Gestalt, ofrece a los terapeutas de este enfoque la posibilidad de *proporcionar estructura a la creatividad*. Para mí esto es como un momento necesario y significativo, en el que la creatividad, durante largo tiempo experimentada por los terapeutas de la Gestalt, se integra a sí misma con una reflexión teórica que le permite ser «transmisible» y productiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BANDLER, R., GRINDER, J. (1975). *The Structure of Magic*. Vol. I y II, Santa Clara, CA: Science and Behavior Book.

CLARKSON, P. (1989). *Gestalt Therapy in Action*. Londres: Sage Publishing.

DE SILVESTRI, C. (1981). *I fonda-menti teorici e clinici della Terapia Razionale Emotiva*. Roma: Astrolabio.

ELLIS, A. (1963). *Rational-Emotive Psychotherapy*. New York: Institute of Rational Living.

KOGAN, G., Lamertz, C. and Lorenz, M. (1989). «*Hysterische Prozesse.*» *Gestalttherapie*. 2, 39-48.

LOWEN, A. (1986). *Il narcisismo. Milano: Geltrinelli*. (Original publicado en 1979).

MULLER-EBERT, J. JOSEWSKI, M., DREITZEL, P. AND MÜLLER, B. (1989). «*il narcisismo nella Terapia della Gestalt.*» *Quaderni di Gestalt*. 8-9, 7-43. (Original publicado en 1988).

NEVIS, E.C. (1987). *Organizational Consulting. A Gestalt Approach*. Cleveland: Gestalt Institute of Cleveland Press.

PERIS, L. (1990) «*Nuove Prospettive nella Terapia della Gestalt.*» *Quaderni di Gestalt*. 10/11, 711. (Original publicado en 1976).

PARIS, F., HEFFERLINE, R., GOODMAN, P. (1971). *Teoria e pratica della Terapia Gestalt*. Vitalita e accrescimento nella personalita umana. Roma: Astrolabio. (Original publicado en 1951).

POLSTER, E. (1988). *Ogni vito merita un romanzo. Quando raccontarsi e terapia*. Roma: Astrolabio. (Original publicado en 1987).

SALONIA, G. (1989a). «*Dal noi all'io. Tu: contributo per una teoria evolutiva del contatto.*» *Quaderni di Gestalt*, 8/9, 45-54. (Edición alemana, 1991).

SALONIA, G. (1989b). «*Tempi e modi di contatto.*» *Quaderni di Gestalt*, 8/9, 55-64.

SMITH, E. W. L. (1985). *The body in Psychotherapy*. North California: McFarland & Co., Inc., Publishers Jefferson.

SPAGNUOLO LOBB, M. (1985). «*La Psicoterapia della Gestalt in Italia: verifica, didattica, prospettive.*» *Quaderni di Gestalt*, 1, 66-69.

SPAGNUOLO LOBB, M. (1990). «*Il Sostegno specifico nelle interruzioni di contatto.*» *Quaderni di Gestalt*, 10/11, 13-23.

SPAGNUOLO LOBB, M., (1991). «*La formazione in Gestalt Terapia. Come la prospettiva dell'aggressione dentale modifica il concetto tradizionale di formazione.*» *Quaderni di Gestalt*, 13, 5-15.

ZINKER, J. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Vintage Books.

1.- Siempre es arriesgado ofrecer ejemplos cuando se habla de procesos y no de componentes, porque, si uno no es capaz de advertir los elementos esenciales del proceso (que son aplicables a diferentes situaciones), se corre el riesgo de «tragarse» dogmáticamente el contenido del ejemplo, mientras que se pierde la esencia. Por tanto, se pide al lector que asuma la finalidad de los ejemplos citados aquí, en el sentido teórico en el que son citados, y no los transfiera, fuera de este contexto, a otras situaciones.

2.- Incluiré en las secciones denominadas «El proceso terapéutico», la explicación de los símbolos «O» y «E» que, en el esquema, son nombrados como «el self enajenado» y el «soporte», ligando el significado en términos del curso terapéutico a seguir. El símbolo  $\equiv$  significa lo «percibido como coincidencia»;  $\neq$  es lo «percibido como diferente de...»;  $>$  es lo «percibido tan ampliamente como...»,  $<$  lo «percibido tan débilmente como...»;  $|$  es lo «percibido separado de...»;  $\approx$  lo «percibido abierto a...»;  $=$  lo «percibido igual a...». Los símbolos «O» y «E» están en mayúscula cuando se refieren a una predominancia perceptiva.