

PARTE III

EL ESPECTRO DEL
DESARROLLO Y
LAS MODALIDADES
DE TRATAMIENTO

6. MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Hemos visto ya que patologías cualitativamente distintos están relacionadas con niveles de organización y desarrollo del self cualitativamente diferentes. En este sentido, deberíamos esperar pues, que cada uno de los niveles de desarrollo respondiera de manera significativamente mejor que los demás a un determinado tipo de intervención psicoterapéutica. En este capítulo quisiera ocuparme de las modalidades de tratamiento que parecen adecuarse mejor a cada tipo, o nivel, de patología. No debemos olvidar, por último, que algunas de estas terapias han sido diseñadas específicamente para tratar un determinado tipo de psicopatología y suelen, por tanto, ser contraindicadas para tratar otros síntomas.

Fulcro 1 (Psicosis)

Intervención fisiológica

A pesar de los múltiples y reiterados esfuerzos realizados en este sentido, la mayor parte de las psicosis y

de los procesos psicóticos severos no parecen responder positivamente (o responden francamente mal), al psicoanálisis, la psicoterapia, la psicología analítica y la terapia familiar, (Greist *et al.*, 1982). Este tipo de perturbaciones parecen tener lugar a un nivel de organización tan primitivo (sensorio-perceptual y fisiológico) que el único tipo de intervención eficaz al respecto debe ser *igualmente rudimentario*: la farmacología o el tratamiento estrictamente fisiológico (lo cual no excluye, obviamente, el uso de la psicoterapia como tratamiento adjunto [Arieti, 1967; Greist *et al.*, 1982]).

Fulcro 2 (Trastornos narcisistas-borderline)

Técnicas de construcción de estructura

El problema fundamental de los síndromes narcisistas y borderline no estriba en que el individuo reprima ciertos impulsos o emociones del self sino precisamente en que todavía carece de un self individuado y separado (Blanck & Blanck, 1979). En cierto sentido, todavía no existe un inconsciente reprimido (ni por tanto, tampoco existe una «barrera represiva») (Gedo, 1981). Todos los pensamientos y emociones están presentes y son muy conscientes pero no se sabe del todo *a quién* pertenecen, es decir, existe una fusión, una confusión, o una escisión entre la representación del self y las representaciones objetales. En este nivel, el self todavía no es lo suficientemente fuerte ni está lo suficientemente estructurado como para «proscribir» los contenidos al inconsciente y, en lugar de ello, se ocupa simplemente de reorganizar la superficie. En este nivel, las fronteras entre el self y el otro *se* hallan desdibujadas (narcisismo) o

son muy débiles (borderline), y el self atribuye indiscriminadamente sus sentimientos y sus pensamientos a sí mismo o a los demás, agrupando los buenos sentimientos sobre un determinado aspecto (que se convierte, a partir de entonces, en un «objeto parcial totalmente bueno») y los malos sentimientos sobre otro («un objeto parcial totalmente malo») (Masterson, 1981).

En consecuencia, el objetivo de las terapias propias de este nivel no consiste tanto en llegar a descubrir los instintos o impulsos inconscientes como en dedicarse a construir estructura. De hecho, suele decirse que el objetivo de la terapia con aquellos pacientes cuyo nivel de estructuración es preneurótica consiste en capacitarles para alcanzar el nivel propio de la neurosis, la represión y la resistencia (Blanck & Blanck, 1979). Así pues, las terapias más adecuadas para tratar las psicopatologías características del Fulcro 2 no son tanto las «técnicas de descubrimiento» que suelen utilizarse para tratar con la represión y la psiconeurosis, como las llamadas «técnicas de construcción de estructura» (Gedo, 1979, 1981; Blanck & Blanck, 1974, 1979).

Podríamos resumir en pocas palabras el objetivo de este tipo de técnicas diciendo que pretenden ayudar al individuo a completar el proceso de separación-individuación (Fulcro 2) (Masterson, 1981), lo cual implica comprender (y socavar) los dos mecanismos de defensa fundamentales que utiliza el individuo para entorpecer el proceso de separación-individuación: la identificación proyectiva (o fusión entre la representación del self y las representaciones objetales) y la división (Kernberg, 1976; Rinsley, 1977).

En la identificación proyectiva (o fusión defensiva) el self funde sus propios pensamientos y sentimientos

(particularmente las representaciones de sí mismo) con las de los demás. Adviértase que, en este caso, los pensamientos y sentimientos no están reprimidos sino que permanecen más o menos conscientes, lo único que ocurre es que simplemente tienden a fundirse y confundirse con los del otro. Esta incapacidad para diferenciar el self propio de los demás aboca a dos desórdenes característicos: o bien el self engulle al mundo (trastornos narcisistas) o bien el mundo invade o amenaza con tragarse al self (trastornos borderline).

En el caso de la división, por su parte, los pensamientos y sentimientos también permanecen plenamente conscientes pero se hallan, en cambio, escindidos o compartimentalizados en una forma muy primitiva. El mecanismo de la división opera del siguiente modo: si durante los primeros seis meses de vida del niño, los cuidados de la madre satisfacen al niño, éste termina configurando una imagen de la «buena madre»; si por el contrario, le perturba, el niño termina configurando una imagen de «la mala madre». Sin embargo, en esta temprana etapa el self no posee la capacidad cognitiva necesaria para comprender que la «buena imagen» y la «mala imagen» no son más que dos aspectos de la misma persona, la madre real (el «objeto total»). De este modo, a lo largo del proceso de desarrollo, el niño debe llevar a cabo una tarea extraordinariamente importante, aprender a integrar «el objeto parcial totalmente bueno» y «el objeto parcial totalmente malo» en una imagen global del objeto que es *parcialmente* buena y *parcialmente* mala. En el caso de que exista una rabia excesiva hacia «el objeto parcial totalmente malo», el niño no podrá llegar a integrarla con «el objeto parcial totalmente bueno» amoroso por miedo a dañarlo. En un

lenguaje menos técnico podríamos decir que el niño no puede comprender que la persona a quien odia es la misma persona a quien ama porque la rabia asesina que siente hacia aquélla podría destruir a ésta. En tal caso, el niño sigue separando y dividiendo su mundo objetal en fragmentos totalmente buenos y fragmentos totalmente malos (y, por tanto, reacciona de manera exagerada a las situaciones como si se tratara de un asunto de vida o muerte, «totalmente bueno» o «totalmente malo») (Spitz, 1965; Jacobson, 1964; Kernberg, 1976).

El origen de las patologías propias de F-2, en suma, se asienta en la *carencia de una estructura* lo suficientemente sólida y estable como para diferenciar las representaciones del self y las representaciones objetales y para integrar sus correspondientes imágenes parciales en una imagen global de sí mismo y en una imagen global del mundo. Las técnicas de construcción de estructura apuntan precisamente al logro de esa diferenciación y a su posterior integración.

Resulta muy difícil explicar en pocas palabras lo que implican este tipo de técnicas. Quizás pudiéramos resumirlas diciendo que el terapeuta, teniendo en cuenta las subfases del desarrollo F-2, recompensa todo movimiento hacia la separación-individuación y explica y afronta todo movimiento hacia la indiferenciación y la división, al mismo tiempo que hace frente, en la medida de lo posible, a cualquier distorsión de la realidad causada por la identificación proyectiva o por la división (lo que suele conocerse con los nombres de «desilusión óptima» o «confrontación»). Un terapeuta poco corriente podría ilustrar la terapia propia de este nivel del siguiente modo: «¿Se da cuenta de lo hipersensible que está? Es como si quisiera que el mundo constituyera un espejo que refle-

jara perfectamente todo lo que hace y, si no ocurre así, se sintiera dolido y enojado» (transferencia del espejo narcisista). «No ha mencionado nada negativo sobre su padre. ¿Realmente era tan bueno?» (división). «¿Qué ocurriría si su esposo la abandonase? ¿Realmente se moriría?» (miedo a la separación y al abandono). «¿Quizás esté tratando de evitar mantener una relación sexual verdaderamente íntima porque teme ser tragado o asfixiado» (miedo a ser devorado).

Uno de los rasgos característicos comunes a todas las técnicas de construcción de estructura es el de contribuir a que el cliente tome conciencia de la posibilidad de *activarse a sí mismo* y de *acometer el proceso de separación-individuación* sin destruirse ni destruir tampoco a las personas amadas. Véase, en este sentido, Blanck & Blanck (1974, 1979), Masterson (1981), Kernberg (1976) y Stone (1980).

Fulcro 3 (Psiconeurosis)

Técnicas de descubrimiento

Para poder reprimir, disociar o alienar ciertos aspectos del propio self es necesario disponer de una estructura egoica lo suficientemente fuerte. Las técnicas de descubrimiento están especialmente diseñadas para restituir a la conciencia determinados aspectos inconscientes y reintegrarlos, de ese modo, al self central. Es muy posible que los lectores estén familiarizados con estas técnicas que incluyen, entre otras, al psicoanálisis (Greenson, 1967), gran parte de la terapia gestalt (Perls, 1971) y la terapia junguiana de integración de la sombra (Jung, 1971).

Convendría aquí subrayar la importancia de disponer de un diagnóstico precoz más o menos exacto sobre el nivel de patología implicado en cada caso antes de acometer la terapia intensiva (ver Gedo, 1981; Masterson, 1981). Resultaría poco útil, por ejemplo, tratar de integrar a la sombra con el self egoico si, de entrada, se carece de un self egoico lo suficientemente estable. Las distintas modalidades de tratamiento son fundamentalmente diferentes y hasta, en ocasiones, funcionalmente opuestas. En las patologías propias de F-3, por ejemplo, las resistencias suelen afrontarse e interpretarse (como un signo de represión), pero en las patologías propias de F-2, por el contrario, suele ser estimulada e incentivada (como un indicio del proceso de separación-individuación). Véase, para tal diagnóstico diferencial, Kernberg (1975, 1976), Masterson (1981), Gedo (1981) y Blanck & Blanck (1974, 1979).

Fulcro 4 (Patología de los Guiones)

Análisis cognitivo-guiones

La mayor parte de los teóricos psicodinámicos convencionales tienden a dar por finalizadas sus descripciones sobre las patologías «serias» al llegar a F-3, es decir, en la fase edípica y en su resolución (o su no resolución), (véase, por ejemplo, Greenson, 1967), lo cual quizás sea comprensible ya que, después de todo, las psicopatologías clásicas (desde la psicosis hasta la histeria) parecen estar ligadas etiológicamente a perturbaciones de los primeros tres fulcros del desarrollo del self (ver Abend *et al.*, 1983; Kernberg, 1976). Pero lo cierto es que ahí no se agota, en modo alguno, el espectro

de posibles patologías, ni siquiera el espectro de las patologías «serias» o «severas». En este sentido, debemos indicar también que los investigadores cada vez prestan más atención a los estadios postedípicos superiores del desarrollo y a su correspondiente vulnerabilidad e insania.

Veamos, por ejemplo, el concepto de «confusión de roles». La capacidad real para asumir un rol constituye una prerrogativa definitivamente postedípica. La edad característica de la resolución del conflicto edípico se sitúa alrededor de los 6 años mientras que la capacidad de asumir el rol de otro, por su parte, no suele aparecer, en forma plena, hasta los 7 u 8 años (Piaget, 1977; Loevinger, 1976). Así pues, en teoría, uno podría resolver el conflicto edípico de un modo completamente normal y sano para terminar encallando luego en la confusión de roles y en la confusión de identidad por razones absolutamente ajenas al conflicto edípico. Estamos tratando de diferentes niveles (no exactamente líneas) de desarrollo, con vulnerabilidades y conflictos que también son diferentes. *El origen y la naturaleza de estos conflictos es mucho más cognitiva que psicodinámica* porque, en este punto, el self está emergiendo de los niveles corporales y está despuntando a los niveles mentales del espectro.

Una de las principales contribuciones de Berne (1972) fue la investigación de este nivel crucial del self -el self textual o self guión- en sus propios términos sin reducirlos a dimensiones meramente psiconeuróticas o libidinales. Berne partió del ego tripartita (padre-adulto-niño) -es decir, del 3nivel propio de F-3 (no F-1 ni F-2)- e investigó fenomenológicamente la forma en que este self asumía roles intersubjetivos más complejos en un am-

plio conjunto de relaciones objetales. Este tipo de análisis ha sido también llevado a cabo de manera más sofisticada por la teoría cognitiva del rol (Selman & Byrne, 1974), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1971), la terapia familiar (Haley & Hoffman, 1968) y la psicología de la comunicación (Watzlawick *et al.*, 1967). Con el término «análisis cognitivo-guión» agrupamos aquí a todo este tipo de técnicas y a las escuelas relacionadas con ellas.

Es muy probable que las patologías prevalentes más comunes sean las del self cognitivo-guión. Estas patologías -y sus correspondientes modalidades de tratamiento- parecen dividirse en dos grandes grupos -muy estrechamente relacionados-, uno de los cuales se refiere a los *roles* que desempeña una persona y el otro a *las reglas* que rigen su conducta. Veámoslos por separado:

1. *Patología de roles*: Ha sido especialmente estudiada por el análisis transaccional (Berne, 1972), la terapia familiar (Nichols, 1984) y la psicología cognitiva del rol (Branden, 1971). El individuo aquejado por una patología de rol está enviando mensajes a múltiples niveles de comunicación, uno de los cuales niega, contradice o elude lo que está afirmando el otro ya que el individuo posee agendas ocultas, mensajes cruzados, roles confusos, transacciones dobles, etc. El análisis de guiones contribuye a separar, desentrañar, clarificar e integrar las distintas vertientes de la comunicación implicadas en la patología del self rol. De ese modo es posible afrontar, interpretar y, en ocasiones, hasta llegar a integrar la escisión interna del self textual (en mensajes abiertos vs mensajes encubiertos -o en diferentes subtextos diso-

ciados) alcanzando, en tal caso, un nivel nuevo y superior de diferenciación-integración.

2. *Patología de reglas*: Uno de los principios fundamentales de la terapia cognitiva es que «los afectos y las conductas del individuo están determinados por la forma en que estructura el mundo» y que, por consiguiente, «cualquier alteración en el contenido de las estructuras cognitivas subyacentes de la persona modifica su estado afectivo y sus pautas de conducta» (Beck *et al.*, 1979). En otras palabras, los esquemas, las configuraciones y las reglas cognitivas de un individuo son elementos determinantes fundamentales de sus sentimientos y de sus acciones. En este sentido, las reglas y las creencias confusas, distorsionadas y autorrestringidas de un determinado individuo se manifiestan como síntomas clínicos y viceversa. En este sentido, «la psicoterapia puede ayudar a que un paciente tome conciencia de sus distorsiones» y «lleve a cabo la corrección de los constructos disfuncionales erróneos para contribuir a la mejora de su condición clínica» (Beck *et al.*, 1979). Este tipo de enfoque cognitivo es también propio de teóricos tales como George Kelly (1955) y Albert Ellis (1973).

Esto no significa que la terapia cognitivo-guión se aplique exclusivamente a la patología propia de F-4 (ya que también parece apropiada al rango de F-4, F-5 y F-6) sino tan sólo que F-4 constituye el primer estadio al que puede aplicarse el análisis cognitivo-guión, un estadio que comienza a diferenciarse de la problemática psicodinámica propia de los fulcros anteriores. Como en cualquier secuencia evolutiva, los estadios más tempranos son particularmente vulnerables a las distorsiones patológicas. Del mismo modo que las disfunciones sexua-

les adultas pueden rastrearse hasta el conflicto fálico/edípico, gran parte de la patología cognitivo-guión parece haberse generado en las primitivas reglas y roles aprendidos (probablemente de manera distorsionada y restringida) en los *primeros* momentos en que la mente fue capaz de desplegar operaciones mentales (es decir, durante F-4). Así pues, además de las técnicas encubiertas, la patología cognitivo-guión debería ser acometida idealmente a su propio nivel y en sus propios términos.

Fulcro 5 (Neurosis de identidad)

Introspección

El modelo jerárquico de la patología y del tratamiento que hemos presentado hasta aquí está sustancialmente de acuerdo con las principales corrientes de la psiquiatría convencional. Por citar un ejemplo, Gedo & Goldberg presentaron en 1973 un modelo jerárquico compuesto, en sus propias palabras, de «cinco subfases y cinco modalidades terapéuticas. Cada una de las modalidades fue diseñada para tratar con el principal problema característico de cada diferente subfase. Así, la introspección [reflexión-formal] apunta al tratamiento de las dificultades propias de la vida adulta; la interpretación se ocupa del tratamiento de los conflictos intrapsíquicos [psiconeurosis]; la "desilusión óptima" trata las idealizaciones arcaicas de los demás y el propio engrandecimiento [espejo narcisista]; la "unificación" apunta al tratamiento de las dificultades para integrar un conjunto coherente de objetivos personales [división borderline] y la "pacificación" [farmacología/custodia] se ocupa del tratamiento de los estados traumáticos».

A excepción de la patología y del análisis cognitivo-guión, el modelo de Gedo & Goldberg es, en términos generales, perfectamente compatible con nuestro modelo (desde F-1 hasta F-5). La pacificación, ya sea la reclusión y custodia o el tratamiento farmacológico, se refiere a la patología F-1. La «desilusión óptima» es una técnica de construcción de estructura para tratar los desórdenes narcisistas e implica formas benignas de que el self narcisista comprenda que no es tan grandioso u omnipotente como creía o como temía. La «unificación», por su parte, constituye una técnica de construcción de estructura que apunta a superar la división, la patología fundamental de F-2. La «interpretación» se refiere específicamente a la interpretación de las resistencias (represiones) y de las transferencias que se ponen de relieve en el tratamiento de las patologías F-3 (psiconeurosis) y la introspección, en este contexto, se refiere a las técnicas utilizadas para tratar con las dificultades o problemas que aparecen del desarrollo de F-5, el self introspectivo-reflexivo-formal y sus posibles trastornos.

Según Gedo (1981), «las modalidades postedípicas de organización mental permiten que el analizado aprehenda su vida interna mediante la introspección, es decir, sin necesidad de recurrir a la interpretación de las maniobras defensivas. En tales circunstancias, el rol ideal del analista debería limitarse a permanecer presente durante todo el proceso como un testigo empático». Desde este punto de vista, los problemas fundamentales característicos de F-5 no suponen ni la represión psiconeurótica ni la inmersión en guiones patogénicos sino la *emergencia* y el *compromiso* de la mente reflexivo-formal y su correspondiente sensación de identidad introspectiva (con sus debilidades y sus trastornos

característicos). Las técnicas de descubrimiento y el análisis del guión no bastan para manejar este tipo de problemas, precisamente porque implican a estructuras que trascienden los niveles inferiores de organización y que presentan rasgos, funciones y patologías completamente nuevos.

Esto no significa, obviamente, que la patología propia de F-5 no tenga ninguna relación con el desarrollo (o la falta de desarrollo) de los cuatro fulcros anteriores. Como veremos más adelante en nuestra exposición de los sistemas COEX, cualquier deficiencia de subfase previa, aunque no logre detener completamente el desarrollo en un nivel inferior, puede provocar trastornos en fases superiores del desarrollo (ver Blanck & Blanck, 1979; Mahler *et al.*, 1975). En este caso, por ejemplo, un individuo que sólo haya resuelto parcialmente F-2 (separación-individuación) puede resistirse a las exigencias morales de la mente reflexivo-formal y quedar expuesto a que cualquier atisbo de compromiso reactive la depresión del abandono o la angustia de separación.

La introspección puede ser considerada simplemente como otro término para denominar a la filosofía, la modalidad de tratamiento de elección propia de este nivel. No obstante, difiero con Gedo en que, en este nivel, la labor del terapeuta deba limitarse estrictamente a ser un testigo empático y silencioso de la filosofía emergente del cliente ya que, permanecer en silencio puede ser entendido como estar ausente (es decir, es algo que carece de valor). Quizás la orientación psicoanalítica de Gedo haya infundido en él el temor injustificado a «contaminar» al cliente con material contratransferencial. Aunque según el mismo Gedo, en el caso de que eso ocurriera, sólo implicaría a la modalidad interpretativa,

no a la introspectiva. Si el cliente ha accedido claramente a la modalidad introspectiva (no la interpretativa), no hay nada a perder y sí, en cambio, mucho que ganar, en el caso de que el terapeuta asuma un papel mucho más activo, convirtiéndose, en cierto modo, en un co-educador o en un co-filósofo.

Precisamente en este nivel el terapeuta puede comprometerse en un *diálogo socrático* que comprometa simultáneamente a la mente reflexivo-formal del cliente, (y si a lo largo de este diálogo emergieran residuos pertenecientes a los niveles inferiores, el terapeuta siempre podrá recurrir a técnicas de interpretación, de construcción de estructura o al análisis de guiones). Como sucede con cualquier diálogo de tipo socrático, no es tanto el contenido concreto del discurso lo que importa sino el hecho de que compromete, activa y ejercita la mente reflexiva introspectiva del cliente y su correspondiente sensación de identidad (es decir, el estadio consciente e individualista de Loewinger). El terapeuta, entonces, no debería preocuparse tanto por «contaminar» al cliente con su propia filosofía ya que, cuando despunte la mente formal (una emergencia que puede ser favorecida por el propio terapeuta), éste se sostendrá, por definición, sobre su propia visión.

Fulcro 6 (Patología existencial)

Terapia existencial

A medida que la introspección y la filosofía del cliente van madurando, aparece en escena el problema existencial básico de estar-en-el-mundo (véase Maslow, 1968; May *et al.*, 1958). En el caso de que estos problemas

resulten demasiado abrumadores para el self centáurico recién formado y terminen obstaculizando su libre funcionamiento (Wilber, 1980a), se manifiesta la patología propia del nivel existencial que, como ya hemos visto, consiste en la depresión existencial, la angustia, la falta de autenticidad, la fuga ante la finitud y la muerte.

La forma de trabajar la patología existencial varía considerablemente de un sistema a otro. Para algunos, se trata simplemente de una prolongación y profundización cualitativa de la modalidad introspectiva. En cualquier caso, el consenso terapéutico fundamental parece afirmar que a medida que el self se va haciendo cada vez *más claro* y transparente (mediante la reflexión consciente) puede ir liberándose de modalidades egocéntricas inauténticas basadas en el poder, lo cual le permite ir estableciendo una actitud *autónoma y auténtica* (Zimmerman, 1981). Y es este mismo *arraigo* en la autenticidad y la autonomía el que le proporciona el coraje necesario para afrontar «la enfermedad hasta la muerte» (Tillich, 1952; May, 1977). Ser auténtico, en otras palabras, permite que el individuo conecte con el sentido intrínseco de la vida (no con un sentido extrínseco). La falta de autenticidad consiste precisamente en la búsqueda de un sentido meramente externo que termina abocando a la desesperación existencial. La terapia clave para este nivel parece ser el análisis y la confrontación de las diferentes modalidades inauténticas del sujeto, en especial de aquellas orientadas hacia el exterior, hacia la fuga de la autonomía y la negación de la muerte (Koenenbaum, 1976; Yalom, 1980; May *et al.*, 1958 y Boss, 1963).

Los dos rasgos fundamentales característicos de las escuelas terapéuticas humanista-existenciales parecen

ser los conceptos de significado intrínseco (un nivel nuevo y superior de interiorización) y el compromiso con la autonomía (un nivel nuevo y superior de responsabilidad). Por otra parte, la investigación clínica y empírica parece avalar la hipótesis de que este nivel de desarrollo -el estadio integrado-autónomo de Loevinger (1976)- es evolutivamente superior al consciente-individualista propio del estadio anterior.

Debo señalar que cuando los terapeutas existenciales hablan del self como un claro o apertura al «Ser» de los fenómenos, no están diciendo que el self tenga acceso a las modalidades atemporales y aespaciales genuinamente trascendentales. El self es una apertura al Ser pero esa apertura es finita, individual y mortal. En este sentido, estoy de acuerdo con los existencialistas en que no hay nada atemporal o eterno en el self centáurico y aceptar este hecho forma parte de la misma definición de autenticidad. Pero decir que ahí termina el posible desarrollo del self sería lo mismo que decir que el self centáurico es el self más elevado. Según la *philosophia perennis*, por encima del self centáurico se halla el dominio de lo superconsciente. Si esto es así, la negativa a aceptar cualquier posibilidad de trascendencia espiritual constituye un mecanismo de defensa. En mi opinión, lo que los existencialistas denominan autonomía no es más que una interiorización superior de la conciencia (véase discusión subsiguiente) que, en el caso de proseguir, termina conduciendo a los niveles psíquicos y sutiles de la existencia. A partir de ese momento, el self deja de ser una apertura al Ser y comienza a identificarse con -y como- el mismo Ser.

Fulcro 7 (Patología psíquica)

El camino del yogui

Da Free John (1977) ha dividido a las grandes tradiciones esotéricas del mundo en tres niveles primordiales: el Camino del yogui (dirigido fundamentalmente al nivel psíquico), el Camino del santo (orientado básicamente al nivel sutil) y el Camino del sabio (que apunta al nivel causal). Esta terminología me parece muy adecuada y será la que utilizaré en siguientes secciones.

Sin embargo, dado que estos términos tienen múltiples connotaciones, también podemos referirnos a esos niveles con expresiones más neutras como principiante (o comienzo), iniciado (o camino) y avanzado (o realización). He intentado incluir a las diversas tradiciones contemplativas de una manera equitativa pero si el lector considera que mis preferencias y mis sesgos personales han teñido la descripción que ofrezco a continuación, le invito a reinterpretarlas según los términos, prácticas y filosofías de su propio camino espiritual. En cualquier caso, al margen de esta adecuación o inadecuación terminológica, quisiera subrayar los siguientes puntos fundamentales: el desarrollo contemplativo atraviesa, en general, tres grandes niveles o estadios (principiante, iniciado y avanzado); en cada uno de ellos aparecen nuevos 'quehaceres y nuevas posibilidades, cada uno de los cuales puede presentar distorsiones, patologías y desórdenes característicos y, por consiguiente, requiere también modalidades de tratamiento para cada uno de los niveles de distorsión y de patología «espiritual» (lo cual no supone, sin embargo, que algunas de ellas no puedan beneficiarse de la utilización adjunta de determinadas terapias convencionales).

Hemos organizado la descripción de la patología propia del nivel psíquico (F-7) en torno a las tres distorsiones generales de las que hablábamos en la Parte II (espontáneo, pseudopsicótico y principiante).

1. *Espontáneo.* Sólo parece haber dos grandes formas de afrontar la patología que acompaña al despertar espontáneo e involuntario de la energía o de la intuición espiritual propia del nivel psíquico: «atravesarla» recurriendo a la psiquiatría convencional, que puede interpretarla como un brote psicótico o borderline y prescribir, por tanto, medicación -lo cual suele malograr el proceso a mitad de camino y también suele dificultar cualquier desarrollo posterior (Grof, 1975)- o atravesarla *conscientemente* comprometiéndose activamente con una disciplina contemplativa.

En el caso de que se trate del despertar espontáneo de kundalini, el tratamiento más apropiado parece ser el de seguir el Camino del yogui (raja yoga, kriya yoga, charya yoga, kundalini yoga, siddha yoga, hatha-ash-tanga yoga). Debemos tener en cuenta que el Camino del santo y el Camino del sabio, cuyo objetivo fundamental apunta a los reinos superiores sutiles y causales, respectivamente, hablan explícitamente muy poco sobre los estadios del despertar psíquico de kundalini (cualquier intento de encontrar alguna referencia concreta a kundalini en los textos del Zen, Eckhart, San Juan de la Cruz, etc., está condenado de antemano al fracaso). En este caso, el individuo debería, en la medida de lo posible, entrar en contacto con un adepto yóguico cualificado, quien podría trabajar, en el caso de que fuera necesario, junto a un terapeuta convencional (véase, por ejemplo, Avalon, 1974; Krishna,

1972; Mookerjee, 1982; Taimini, 1975; Da Free John, 1977, o White, 1979).

2. *Pseudopsicótico.* Para los episodios psicóticos o pseudopsicóticos que presenten contenidos espirituales distorsionados parece adecuada la terapia junguiana (cf. Grof, 1975; White, 1979). En este caso las disciplinas contemplativas -ya sean propias del Camino del yogui, del Camino del santo o del Camino del sabio- parecen contraindicadas, ya que suelen exigir un ego centáurico lo suficientemente fuerte, cosa de la que carecen el psicótico y el borderline (Engler, 1984). De este modo, tras un periodo de tratamiento dirigido a la construcción de estructura (de lo cual son conscientes la mayor parte de los terapeutas junguianos), el individuo podría emprender la práctica de técnicas contemplativas menos intensas (el mantrayana, por ejemplo). (Véase, en este sentido, la sección sobre «La meditación y la psicoterapia».)

3. *Principiantes*

a) *Inflación psíquica.* La inflación psíquica, que consiste en la confusión de los dominios transpersonales superiores con el ego individual (o centauro), puede ser tratada adecuadamente con una versión sutil de la «desilusión óptima», una especie de diferenciación continua entre los hechos psíquicos y las fantasías narcisistas (cf. Jung, 1971). Si este intento fracasara de manera reiterada deberíamos sospechar que la intuición psíquica ha reactivado algún residuo narcisista-borderline o incluso psicótico de la personalidad. En tal caso, debería interrumpirse de inmediato la meditación y emprender, si fuera necesario, un tratamiento de construcción de es-

estructura (psicoanalítico o junguiano). Si el individuo respondiera positivamente a este tratamiento y terminara comprendiendo el cómo y el por qué de su inflación, podría retomarse nuevamente la meditación.

b) Desequilibrio estructural (debido a una práctica espiritual equivocada). En este caso el individuo deberá confirmar la exactitud de su práctica con su maestro espiritual. Estos desequilibrios -que no son, por cierto, nada infrecuentes- subrayan la extraordinaria importancia de no acometer una disciplina contemplativa a menos de hallarse bajo la supervisión y guía de un maestro cualificado (cf. Aurobindo, sin fecha; Khetsun, 1982).

c) La noche oscura del alma. Para superar estos problemas puede resultar muy útil la lectura de relatos que expongan la forma en la que otros han superado este problema (véase, especialmente, San Juan de la Cruz, Underhill y Kapleau). En períodos de profunda desesperación, el alma puede entregarse a la plegaria de petición (sea a Jesús, a la Virgen María, al boddhisattva Kannon, a Alá, etc.) -como algo opuesto a la contemplación- que tampoco debe ser abandonada porque se trata de una plegaria al propio Arquetipo Superior (cf. Hixon, 1978; Kapleau, 1965). También debemos mencionar que, a diferencia de lo que ocurre con las depresiones existenciales o borderline, por más profunda que sea la depresión o la agonía en la Noche Oscura, la literatura no recoge ningún caso de suicidio al respecto. Es como si la depresión que se atraviesa en la Noche Oscura tuviera, como afirman los contemplativos (ver San Juan de la Cruz, 1959, por ejemplo), un propósito «superior», «purificador» o «inteligente».

d) División entre los objetivos de la vida. Es especialmente importante en nuestra sociedad -y particularmente en este momento histórico- que la práctica espiritual se integre en la vida y el trabajo cotidiano (como el quehacer de un *boddhisattva*). Si, por el contrario, uno sigue un camino de exclusión y de renuncia, haría bien en considerar la posibilidad de cambiar de disciplina. En mi opinión, el camino de la renuncia ascética suele confundir, con demasiada frecuencia, la trascendencia de la vida terrenal con su *represión* y, por tanto, suele conducir a una profunda escisión entre las dimensiones superiores y las dimensiones inferiores de la existencia.

e) Pseudo-duhkha. Aunque los pormenores del tratamiento de este desorden puedan ser trabajados con un maestro de meditación, éste suele ser el peor consejero en el caso del pseudo-duhkha. Los maestros espirituales no suelen ser expertos en la dinámica de los trastornos borderline y psicóticos y, por consiguiente, su consejo habitual de intensificar la práctica suele ser erróneo porque no hace más que reactivar las condiciones que han reestimulado el problema. En tales casos, el sujeto debería abandonar la práctica meditativa durante unos meses. En el caso de que la depresión/ansiedad moderada o severa persista quizás se haya reactivado un COEX (sistema condensado de experiencia) borderline o psiconeurótico (ver discusión subsiguiente) cuyo tratamiento requiera el uso de técnicas de construcción de estructura o de técnicas de descubrimiento. En tal caso, resulta desaconsejable proseguir con la meditación intensiva mientras no se haya prestado la atención necesaria a las deficiencias de subfase concretas.

f) *Desórdenes pránicos*. Estas perturbaciones suelen producir síntomas de conversión pseudohistéricos que, en el caso de no ser tratados, pueden terminar ocasionando verdaderas enfermedades psicosomáticas (Da Free John, 1978; Chang, 1974; Evans-Wentz, 1971). El mejor tratamiento para este tipo de problemas consiste en buscar el apoyo de un maestro de meditación yóguica (y de un médico, en caso necesario). En este sentido, resulta especialmente recomendable el uso del kriya yoga, el charya yoga, el raja yoga y el anu yoga, para los más avanzados (Ketsun, 1982; Rieker, 1971; Chang, 1974) y también la acupuntura llevada a cabo por un terapeuta verdaderamente *cualificado*.

g) *Enfermedad yóguica*. En este caso, la mejor «cura» es la prevención: el fortalecimiento y la purificación del cuerpo físico y emocional, el ejercicio, la dieta lacto-vegetariana y la abstención de la cafeína, la nicotina y las drogas sociales (Aurobindo, sin fecha; Da Free John, 1978).

Fulcro 8 (Patología sutil)

El Camino del santo

1. *Fracaso en la integración-identificación*. El único tratamiento que conozco para esta patología consiste en emprender (o intensificar) el camino contemplativo propio del nivel sutil (el Camino del santo) que, en este punto, suele *comenzar* con algún tipo de *investigación*, abierta o encubierta, en la *contracción* que determina la sensación de identidad separada (Da Free John, 1978; Ramana Maharshi, 1972; Suzuki, 1970). Según se dice, el

tratamiento terapéutico de este desorden concreto *no* consiste tanto en el intento directo de identificarse con la conciencia arquetípica sino en *ver* realmente la contracción que está bloqueando sutilmente la conciencia arquetípica (de modo parecido a lo que ocurre cuando en el psicoanálisis uno debe tratar primero con la resistencia y luego con el contenido).

Según ciertas tradiciones (Aurobindo, misticismo cristiano, hinduismo, etcétera), no puede alcanzarse la consolidación y estabilización del self arquetípico hasta que la contracción, o resistencia, del nivel sutil no se debilita parcialmente (en realidad, no desaparece completamente hasta el nivel causal). En tal caso, el individuo puede verse inundado y abrumado por la energía y la dinámica extraordinariamente poderosa que se libera en el nivel sutil. Ciertos textos tántricos hablan de ser «destruido por la luz» (Evans-Wentz, 1971) y, según los místicos cristianos, el alma se daña a sí misma negándose (resistiéndose) al amor de Dios (o presencia arquetípica).

La modalidad común de tratamiento para este tipo de desórdenes parece consistir en *ver y luego comprender* la contracción o resistencia sutil a una conciencia arquetípica superior, una contracción que, en el fondo, implica la incapacidad de aceptar la muerte de la sensación de identidad anterior (mental/psíquica), de sus apegos y de sus deseos (un caso de detención/fijación mórbida al nivel psíquico que impide el ascenso y la transformación al nivel sutil). (Ver, por ejemplo, Aurobindo, sin fecha; Da Free John, 1978; Trungpa, 1976; Ketsun, 1982.)

Según el budismo y el hinduismo, es precisamente en este punto cuando uno comienza a encontrar y com-

prender las «impurezas profundamente asentadas» (los llamados *klesas y vasanas raíz*) que no sólo oscurecen el estadio de conciencia no manifestada, de conciencia sin forma superior, sino que terminan generando todo tipo de sufrimiento y de patología humana, sea superior o inferior (Deutsche, 1969; Feuerstein, 1975; Gard, 1962; Longchenpa, 1977).

2. *Pseudonirvana*. El pseudonirvana, que consiste en confundir la iluminación sutil y las formas arquetípicas con la iluminación última, sólo puede superarse con el movimiento y la trascendencia de las formas luminosas hasta la cesación no manifestada y sin forma. La mayor parte de las tradiciones contemplativas sofisticadas tienen numerosas «rutinas de verificación» que ayudan a los practicantes a revisar las experiencias extáticas, luminosas, beatíficas y «tentadoras» del nivel sutil, favoreciendo de ese modo, el distanciamiento y la desidentificación del nivel arquetípico para lo cual, obviamente, es necesario que previamente se halle claramente consolidado (Goleman, 1977; Da Free John, 1978; Ketsun, 1982; Trungpa, 1976).

3. *Pseudorealización*. A diferencia del pseudo-dukhka, que habitualmente exige una interrupción de la meditación, la única cura posible para la pseudorealización es la de intensificar la meditación. En este caso, dejar de meditar es todavía más doloroso que seguir meditando. El Zen se refiere a este tipo concreto de «enfermedad Zen» como «tragarse una bola de hierro incandescente» (Suzuki, 1970), una de las pocas *perturbaciones* para las cuales la solución *terapéutica* consiste en «más de lo mismo».

La mayor parte de las patologías propias del nivel sutil suelen beneficiarse también de la psicoterapia si -y sólo si- el terapeuta conoce y comprende las dimensiones trascendentales o espirituales. La liberación psicoterapéutica de las energías emocionales reprimidas, por ejemplo, pueden ser el estímulo necesario para alcanzar la integración a nivel sutil. En este nivel, las técnicas de construcción de estructura, aunque no sin uso, son cada vez menos aplicables porque la mayor parte de los individuos que presentan deficiencias borderline significativas rara vez evolucionan hasta este estadio.

Fulcro 9 (Patología causal)

El Camino del sabio

1. *Fracaso en diferenciar*. Desde el punto de vista de enseñanzas tan dispares como el Zen, Da Free John y el Vajrayana, por ejemplo, la diferenciación o desidentificación final (de toda forma manifiesta) requiere una colaboración sutil pero trascendente entre el discípulo y el maestro que podríamos resumir breve (e inadecuadamente) del siguiente modo: En este punto, el maestro reside dentro del «Corazón» (en el dominio causal/no manifestado) del discípulo y ejerce una «atracción» especial. En el último y radical estadio final de la sensación de identidad separada (el self arquetípico), el discípulo se halla todavía ubicado en una contracción sutil «externa» al corazón (es decir, se resiste a la disolución final y absoluta de la sensación de identidad separada). El «esfuerzo sin esfuerzo» realizado gracias a la «colaboración» entre el discípulo y el maestro termina libe-

rando esta actitud y el self separado «cae» entonces en el corazón. Esta «caída» en la cesación, o vacuidad, sin forma no manifestada disuelve toda identificación exclusiva con cualquier forma manifiesta y la conciencia como tal (o subjetividad absoluta) se diferencia de todos los objetos -altos o bajos- y de todas las tendencias arquetípicas o contracciones raíz (*klesas, vasanas*, etc.). La repetición de esta «caída» -o la repetición del «movimiento» desde lo manifiesto a lo no manifestado y desde lo no manifestado a lo manifiesto- «quema» las inclinaciones y tendencias raíz de las modalidades contraídas y separadas de la existencia. Esta caída constituye la «puerta de acceso» a los estadios de la iluminación (que el budismo concibe como comienzo, camino y gozosa iluminación, que pueden ser consideradas como las tres subfases del estadio iluminado o «perfectamente ordinario»).

2. *Fracaso en integrar.* La «patología última» (el fracaso en integrar los reinos manifiestos y no manifestados) tiene lugar cuando los *klesas* y *vasanas* raíces (o formas e inclinaciones arquetípicas) son considerados *exclusivamente* como impurezas y no también como formas de expresión o manifestación de la sabiduría sin obstrucciones (espíritu o ser absoluto). La superación de esta disyunción y la re-unión o re-integración de la forma-vacuidad y la sabiduría *constituyen* el «camino supremo», el camino de la «mente ordinaria» (Maha Ati), los «ojos abiertos» (Free John) y la «mente cotidiana» (Ch'an) en donde todos los fenómenos -superiores o inferiores- son considerados exactamente tal como son, como una expresión perfecta de nuestra verdadera naturaleza iluminada.

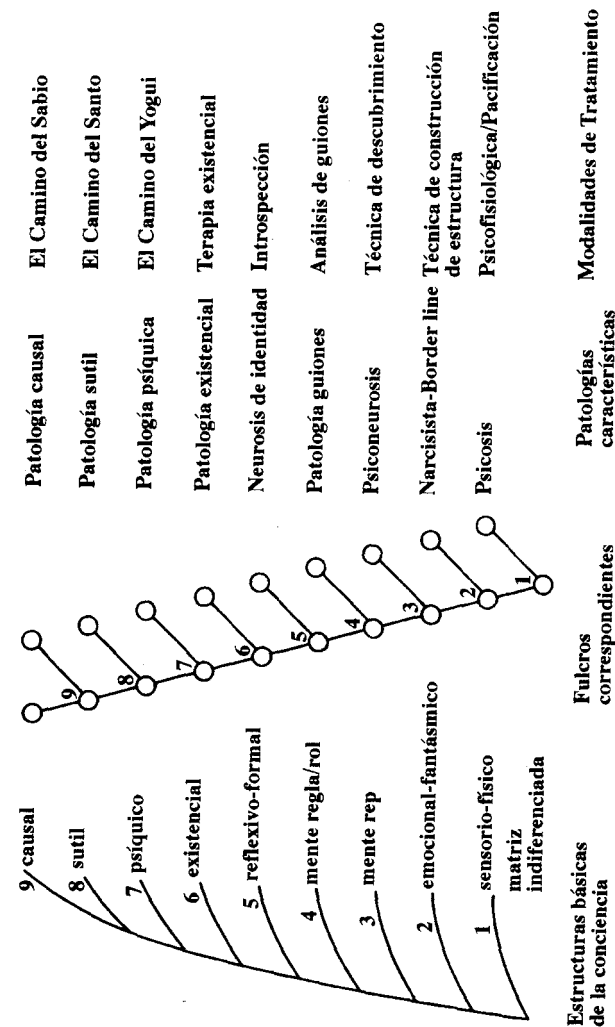


Figura 11
Correlación entre las estructuras básicas, los fulcros, la psicopatología y las distintas modalidades de tratamiento.

Psicología integral

La Figura 11 resume esquemáticamente las estructuras de conciencia, los fulcros de desarrollo del self relacionados con cada uno de ellos, sus patologías características y las correspondientes modalidades de tratamiento.