

EL SEMINARIO DE LA AUTOGNOSIS: UN METODO EDUCACIONAL PARA AUMENTAR EL AUTOCONOCIMIENTO CON FINES CLINICOS*

Edward A. Hanna, DSW**
Edward Messner, MD***

El seminario de la autognosis es un método educacional capaz de producir un aumento estadísticamente significativo en el autoconocimiento, de utilidad clínica en estudiantes de psicoterapia. Sus objetivos incluyen la disminución de los efectos contraterapéuticos de las reacciones subjetivas del psicoterapeuta y el aumento de los insights terapéuticos que estas reacciones pueden producir. El líder del seminario ofrece ejemplos de sus experiencias clínicas subjetivas y de sus métodos cognoscitivos, académicos y de apoyo, cuyo fin es desarrollar una atmósfera conducente al aprendizaje. En el seminario se alienta a los estudiantes a presentar sus experiencias clínicas propias. Como ejemplo se ilustran la enseñanza y el aprendizaje respecto al enojo que el psicoterapeuta experimenta contra el paciente.

Introducción

El propósito de este trabajo es describir el seminario de autognosis, un método educativo específicamente diseñado para aumentar el autoconocimiento en los estudiantes de psicoterapia, con fines de utilidad clínica (1). Mediante la técnica de acercamiento empleada por el seminario, se le enseña al estudiante la forma constructiva de adaptar a su funcionamiento profesional su respuesta emocional total respecto al paciente. De este modo se le puede ofrecer una alternativa al modelo negativo según el cual la autoconsciencia sólo es necesaria para permanecer en guardia contra las intromisiones potencialmente dañinas de las respuestas subjetivas en la relación terapéutica.

Los autores, que representan al modelo totalista de la contratrasferencia (2-7), han subrayado que la preocupación tradicional por minimizar las intromisiones de la personalidad del terapeuta en la relación médico-paciente, constituye un acercamiento moralístico e incluso fóbico hacia la persona del terapeuta; y que así se fomenta el recurso de la negación más que el del autoconocimiento. Por otro lado, a diferencia de los abusos de algunos tipos de acercamiento actuales, en relación con el manejo de los sentimientos del terapeuta (8), el acercamiento positivo del seminario hacia la subjetividad de ninguna manera implica efusividad emocional en la relación terapéutica.

El líder del seminario de autognosis lucha por mantener la discusión dentro de los límites de los asuntos tocantes a la autoconsciencia, relacionados con la actividad profesional de los estudiantes de la clínica. El semi-

nario es un método de autoestudio que destaca la participación cognoscitiva, con el propósito de reducir el tipo de involucración emocional que estimula las defensas contra el aprendizaje, contribuye a la regresión y evoca reacciones trasferenciales contraproducentes en el supervisor. Al fomentar el uso adaptativo de los procesos cognoscitivos, el líder del seminario intenta apoyar el funcionamiento autónomo y libre de conflictos, para que los participantes puedan utilizar al máximo sus capacidades de autoobservación. Así, la naturaleza didáctica del seminario y su enfoque relativamente específico en la utilización *profesional* de la persona, más que en la autoutilización como fin en sí mismo, es un límite que protege contra la posibilidad de rebasar las profundidades de la autoexploración, mejor manejadas en una terapia personal (9, 10).

La delimitación cuidadosa entre el acercamiento educacional y el acercamiento psicoterapéutico, al aumentar la autoconsciencia del estudiante, debería ser bienvenida en el campo de la educación médica. Incluso en el área relativamente bien desarrollada de la supervisión clínica aún no se cuenta con un acercamiento claramente delineado para promover la autoconsciencia del estudiante (10). Esto último se pone de manifiesto por la constante pregunta: "¿Hasta qué punto está el supervisor tratando (curando) al estudiante y no supervisándolo?"

A excepción del modelo tutorial de supervisión, los muchos métodos para aumentar el autoconocimiento con los que los educadores están experimentando (como por ejemplo, los grupos de encuentro [8] tampoco parecen contribuir a la distinción entre los métodos educativos y los métodos psicoterapéuticos para promover la autoconsciencia del estudiante.

Creemos que el seminario de autognosis permite un acercamiento verdaderamente educacional y no psicoterapéutico; que está específicamente diseñado para presentarles a los estudiantes una introducción positiva del

*Artículo inédito. Traducido por Francisco Gómez Mont A.

**Profesor de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Wilfrid Laurier, Waterloo, Ontario, Canadá.

***Profesor Asistente de Psiquiatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard y del Hospital General de Massachusetts, Zero Emerson Place, Boston, Mass. 02114.

empleo consciente de uno mismo en las relaciones terapéuticas.

Presuposiciones básicas

Las proposiciones que fundamentan esta discusión pueden resumirse de la siguiente manera:

- a) Un psicoterapeuta puede estar consciente hasta cierto punto de la manera en que sus procesos emocionales y mentales influyen en su funcionamiento clínico, en el contexto de la relación terapeuta-paciente (1,4,7).
- b) El tener conciencia de la influencia contraterapéutica en los procesos emocionales y mentales del psicoterapeuta puede llevar a modificaciones en estos procesos o al control de sus manifestaciones conductuales, reduciendo así las influencias dañinas en su funcionamiento clínico.
- c) El hecho de que el psicoterapeuta tenga conciencia de sus procesos emocionales y mentales puede facilitar su *insight* respecto al paciente y a la génesis de sus defensas, de sus motivaciones, de sus transferencias y de sus relaciones objetales. Por otro lado, los *insights* respecto al paciente, logrados en los procesos emocionales y mentales del psicoterapeuta, pueden ser empleados como base para formular respuestas al tratamiento (7).

Objetivos específicos del seminario

1. Ayudar al estudiante a reconocer las reacciones subjetivas relacionadas con su funcionamiento clínico.
2. Ofrecerle al estudiante formas de modificar sus reacciones subjetivas, con el fin de minimizar los efectos disruptivos de estas reacciones en su funcionamiento clínico.
3. El proveer un vehículo a través del cual el estudiante principiante pueda reducir la intensidad del impacto de la práctica de la psicoterapia en su vida emocional; es decir, el reducir la ansiedad, la depresión y otros síntomas que frenan el aprendizaje, pero que, hasta cierto punto, son peligros emocionales necesarios y relacionados con el proceso de aprendizaje para ejercer funciones de psicoterapeuta.
4. El darle al estudiante la oportunidad de aprender a usar constructivamente la subjetividad en la práctica clínica.
5. El darle al estudiante la oportunidad de aplicar los aspectos constructivos de la subjetividad en prácticas profesionales relacionadas con el funcionamiento clínico: supervisión, consultorías, interacciones con colegas o profesionistas en áreas relacionadas, etc.

Funciones del líder del seminario

1. El líder del seminario elabora congruentemente sólo asuntos próximos a la experiencia consciente de los estudiantes. Es decir, el líder no se centra en las interacciones de los estudiantes con sus clientes ni trata de evocar los procesos inconscientes involucrados.
2. Enfoca la atención del grupo sobre el material académico (ver el apéndice 1 que incluye la lista de artículos que los estudiantes deben de leer).
3. Enfoca asuntos autogénicos.

4. Procura disminuir la intensidad de la ansiedad experimentada por el grupo, recurriendo a medidas de apoyo, más que interpretando la dinámica individual o de grupo.
5. Se presenta a sí mismo ante los estudiantes como realmente es (más que como objeto de las transferencias) dando ejemplos de su propia experiencia clínica. Al demostrar la forma en que utiliza la autoconciencia con propósitos clínicos, puede convertirse en un modelo a imitar.
6. A través del uso de sus propias experiencias, y por sus actitudes respecto a la experiencia subjetiva del estudiante, intenta crear una atmósfera tolerante de aceptación y protección, que es un sustrato para aumentar la autoconciencia.

Función del estudiante en el seminario

1. Los estudiantes le presentan al grupo trabajos, temas o experiencias clínicas y discuten los artículos que aparecen en el apéndice 1. Esto fomenta la participación activa en el proceso de aprendizaje. El permitir que los estudiantes presenten trabajos sobre un tema escogido por ellos asegura el que cada quien tenga la oportunidad de estudiar el área de involucración subjetiva que le es de especial interés. También puede ser una oportunidad para la expresión de su ingenio y creatividad.
2. Los miembros del grupo pasan por la experiencia de dirigir y de ser dirigidos por sus pares (los otros estudiantes). La rotación de los líderes de la discusión está diseñada para evitar que se tome a algunos como chivos expiatorios, y es un método efectivo de atenuar las transferencias al líder del grupo.

Un ejemplo del proceso de enseñanza-aprendizaje

El estudiante principiante está sujeto a tener conceptos distorsionados (culturalmente compartidos y dinámicamente influenciados) sobre la sexualidad, la agresividad, la ternura, etc. Además, puede haber distorsión de conceptos en relación al papel que ocupan estos sentimientos dentro de su propio funcionamiento clínico. Algunas veces, estos conceptos distorsionados son compartidos y reforzados por algunos supervisores y maestros. Los métodos del seminario se pueden ilustrar a través de su aproximación a los conceptos distorsionados, con respecto al papel del enojo del terapeuta en la psicoterapia.

Como sucede frecuentemente, un estudiante puede estar preocupado por sus sentimientos de enojo en relación a un paciente. Esta preocupación puede ser el resultado de una experiencia real, pero también pudo haber sido estimulada por la actitud de un autor o de alguna otra autoridad en el campo de la psicoterapia. El estudiante puede sentir que su respuesta de enojo hacia el paciente es incompatible con lo que él cree que debe ser su rol terapéutico como terapeuta neutral. El estudiante pudo haber aprendido que el terapeuta de orientación psicoanalítica tiene que permanecer neutral si es que ha de actuar como una pantalla en blanco para las proyecciones transferenciales del paciente. De hecho, el estudiante frecuentemente cree que sus sentimientos de enojo son automáticamente dañinos para el paciente.

El instructor menciona ciertos hechos acerca del papel que juega el enojo del terapeuta en la psicoterapia. Estos son aprendidos a través del estudio del rol del terapeuta

en el proceso terapéutico. Las presuposiciones que subyacen a la necesidad de neutralidad en el terapeuta, son referidas a los desarrollos iniciales de ciertos temas en la terapia y examinadas a la luz del desarrollo posterior de la psicoterapia. Por ejemplo, se les recuerda a los estudiantes que los sentimientos son experiencias internas (intra-psíquicas) que pueden afectar a otras personas; a los pacientes, sólo si les son transmitidos externamente (inter-personalmente) en alguna forma.

Así, se aplica un acercamiento cognoscitivo para ayudar a romper los estereotipos. El efecto global es el de ayudar a los nuevos estudiantes a sentir que sus reacciones subjetivas ante los pacientes son naturales y compatibles con sus roles como psicoterapeutas. En pocas palabras: que pueden ser humanos y también terapeutas. El hacer compatible su funcionamiento terapéutico con sus respuestas internas reduce la culpa y la ansiedad, lo cual a su vez reduce la actitud defensiva contra una mayor autoconciencia.

A continuación se les enseña a los estudiantes la forma de controlar sus reacciones subjetivas, o cuando menos a manejarlas para que no interfieran con sus funciones terapéuticas. En este momento se puede utilizar la experiencia del líder del seminario y de los otros participantes en el grupo de los clínicos que han compartido su experiencia a través de la palabra escrita. Por ejemplo, los estudiantes aprenden que el enojo por parte del terapeuta no es necesariamente dañino para el paciente y que hay diversas formas mediante las cuales los terapeutas pueden manejar adecuada o erróneamente sus impulsos de enojo hacia el paciente. El enojo puede manifestarse de manera verbal o incluso física, y volcarse sobre el terapeuta cuando se movilizan defensas como la represión y la negación.

Por otro lado, si el enojo es reconocido, es más probable que el estudiante sea capaz no sólo de evitar que sus sentimientos interfieran con su rol terapéutico, sino también que aprenda a adaptar estos sentimientos a su funcionamiento clínico. Se le puede ayudar al estudiante a darse cuenta del cómo y del por qué en la activación del enojo con el paciente, así como del valor informático de esto, en términos de las transferencias del paciente, de las relaciones objetales, de los conflictos y de las defensas. Esta información diagnóstica es a veces generalizada para demostrar cómo responden los terapeutas cuando se enfrentan a una dinámica particular común a un grupo de pacientes, por ejemplo a los alcohólicos exigentes.

Es importante que el líder del seminario proporcione modelos referentes a respuestas subjetivas del terapeuta, universales y sumamente intensas, como el enojo. El líder trata de dar ejemplos detallados de su propia experiencia en relación a la ira, dentro del concepto terapéutico, de modo que los estudiantes reciban ayuda con el objeto de disminuir el sentimiento de culpabilidad y de vergüenza asociado al hecho de experimentar ira cuando el líder está actuando como psicoterapeuta.

Como ejemplo, un médico residente de primer año de carrera, reportó con cierta vacilación, que un paciente limítrofe manipulador lo había hecho enfurecer. Dijo que llegó a sentirse casi paralizado y que no era capaz de pensar ni sabía qué decir. Otros residentes en el mismo seminario refirieron haber pasado por experiencias semejantes con pacientes que les provocaban intensos sentimientos de ira. Estos sentimientos poco agradables los molestaban e interferían con su capacidad para manejar efectivamente al paciente que los había hecho surgir. Deseaban recibir consejo sobre la forma de proceder cuando una situación clínica les provocara cólera.

El instructor (EM) les dijo que tales reacciones frente a los pacientes fronterizos eran comunes y que afectaban incluso a los médicos con experiencia. Les explicó que a veces se evocaba la ira como defensa contra la fusión, y citó trabajos dentro de la lista de lecturas así como experiencias propias. Su manera de proceder al sentir ira por culpa de un paciente fue liberar parte de su hostilidad imaginando en silencio que atacaban a dicho paciente verbal y físicamente. Enfatizó que esto se hacía únicamente en la imaginación.

Describió en parte las escenas que imaginaba, en las que se veía maldiciendo y lanzándole palabrotas al paciente, golpeándolo con un pastel de crema, un ladrillo, un bate de *base ball* o cualquier otro objeto que se le viniera a la mente. Tras imaginar este ataque al paciente, que quizás se repitiera, se dio cuenta de que su ira se aplacaba lo suficientemente como para permitirle pensar con claridad y recuperar su desapego y perspectiva clínicos.

Este tipo de confusión por lo general sólo dura unos segundos. Con frecuencia el paciente se encuentra enteramente ignorante del proceso, lo que le permite al médico recuperar su compostura y habilidad. Las fantasías agresivas generadas por el terapeuta pueden estar sujetas a asociación libre y a autoanálisis (12) —ej. ¿Por qué un pastel de crema? o ¿por qué un bate de *base ball*?— a veces con resultados extremadamente útiles.

El líder enfatiza reiteradamente la diferencia entre la acción, por una parte, y los sentimientos, fantasías e impulsos por la otra. La primera abarca el impacto tangible en la otra persona en tanto que los segundos sólo afectan a la persona interna. El líder enfatiza asimismo, que los juicios sobre lo que es clínicamente correcto o incorrecto en términos de acciones, sentimientos e impulsos, se interpretan mejor en función de sus consecuencias sobre el paciente. Así, la imposición de valores externos que pueden contradecir o apoyar cualesquiera conceptos filológicos o religiosos, al menos se hallan resueltos en parte.

El estudiante aprende que puede confiar en sus reacciones subjetivas como aliados en la tarea de comprender y responder a sus pacientes. Esta confianza de que sus sentimientos y fantasías son aceptables y de que ayudan en esta tarea, disminuye la necesidad de defenderse de la conciencia.

El seminario sobre autognosis —Una evolución de sus aplicaciones

El seminario sobre autognosis fue diseñado y creado por uno de nosotros (EM). Primero fue constituido en el Hospital General de Massachusetts, en Boston, en 1969. Al año siguiente, se llevó a cabo un estudio (realizado por EAH) con el objeto de evaluar la efectividad de un seminario sobre autognosis ofrecido a los residentes de psiquiatría de primer año de carrera (13).

No entra dentro de los propósitos de este trabajo el reportar los resultados del estudio en detalle; esto se hará en otra ocasión. Las medidas empleadas en la investigación revelan que los médicos residentes que participaron en tal seminario desarrollaron una auto-conciencia clínica útil y mucho mayor en relación al grupo control, hasta el punto de que fue estadísticamente significativa.

Este seminario se ha presentado cada año a partir de entonces, con modificaciones de poca importancia como la de poner al día la lista de lectura. Ha seguido produ-

ciendo efectos constructivos, según se ha podido constatar a través de las evaluaciones de los médicos residentes

y del análisis del jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts (15).

BIBLIOGRAFIA

1. MESSNER E: Autognosis: Diagnosis by Use of the Self. En: Lazare, A. (ed.) *Outpatient Psychiatry*, Capítulo 13, Baltimore, Williams and Wilkins, 1980.
2. STRUPP H: *Psychotherapist in Action*. Nueva York, Grune and Stratton, 1960.
3. KERNBERG O: Notes on countertransference. *Psychoanal. Quart.* 34:39, 1965.
4. THOMPSON C: *Psychoanalysis: Evolution and Development*. Heritage House, Nueva York, 1950.
5. COHEN MB: Countertransference and anxiety. *Psychiatry* 15:231, 1952.
6. TOWER LE: Countertransference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 4:224, 1956.
7. SEARLES H: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subject*. Nueva York, Int. Univ. Press, 1965.
8. MARMOR J: Recent trends in psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.* 137: 409, 1980.
9. EKSTEIN R, WALLERSTEIN RS: *The Teaching and Learning of Psychotherapy*. Nueva York, Basic Books, 1958.
10. TRUAX CB, CARKHUFF RR: *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago, Aldine Publishing Co., 1967.
11. BERMAN L: Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process. *Psychiatry* 12:159, 1949.
12. TICHG G: On self-analysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 47:309, 1967.
13. HANNA E: Tesis doctoral no publicada, Smith College, 1971.
14. HACKETT TP: Comunicación personal, enero 29, 1980.

APENDICE I

(Bibliografía que será utilizada en el Seminario 1981-1982 de Autognosis).

1. ADLER G: Valuing and devaluing in the psychotherapeutic process. *Arch. Gen. Psychiat.* 22: 454-461, 1970.
2. GROVES JC: Taking care of the hateful patient. *N E J Med.* 298: 883-887, 1978.
3. MALTSBERGER JT, BUIE DH: Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 30: 625-633, 1974.
4. YAGER J: A survival guide for psychiatric residents. *Arch. Gen. Psychiat.* 30: 494-499, 1974.
5. DAY M: Counter-transference in everyday practice. En: *Issues in Psychotherapy*. Boston, Boston Institute for Psychotherapies, 1-17, 1978.
6. SHULMAN L: Learning dynamic psychotherapy in psychiatric training. *Amer. J. Psychiat.* 138: 167-171, 1981.
7. GARETZ FK, RATHS ON, MORSE RH: The disturbed and the disturbing psychiatric resident. *Arch. Gen. Psychiat.* 33: 446-450, 1976.
8. WILE DB: Negative countertransference and therapist discouragement. *Int. J. Psychoanal. Psychother.* 1: 36-67, 1972.
9. BLOOM V: An analysis of suicide at a training center. *Am. J. Psychiat.* 123: 918-925, 1967.
10. TICHG GR: On self-analysis. *Int. J. Psa.* 48: 308-318, 1967.
11. GREENSON RR, WEXLER M: The non-transference relationship in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psa.* 50: 27-39, 1969.
12. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, OFFICIAL ACTIONS: The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. *Amer. J. Psychiat.* 130: 1057-1064, 1973.
13. JELLINEK MS: Coping with conflict in the psychiatric emergency room. *The New Physician.* 28(7): 25-26, agosto-sept. 1979.
14. SCHEFLEN AE: Quasi-courtship behavior in psychotherapy. *Psychiatry.* 28: 245-257, 1965.
15. SEARLES HF: The schizophrenic's vulnerability to the therapist's unconscious processes. *J. Nerv. and Ment. Dis.* 127: 247-262, 1958.
16. SEARLES HF: The effort to drive the other person crazy-An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *Brit. J. Med. Psychother.* 32: 1-18, 1959.
17. LOWER RB: Countertransference resistance in the supervisory situation. *Am. J. Psychiatry* 129: 156-160, 1972.