**Módulo : Psicología y comunicación**

**Curso : L3 – S6**

**Profesor : Bensahla-tani Sidi-mohammed**

**Título de la conferencia : LA COMUNICACIÓN PSICOLÓGICA**

**1a clase**

La palabra ha sido durante mucho tiempo el principal campo de los estudios sobre la comunicación humana, más tarde se integrarán las actitudes corporales, los gestos y todos los signos paralingüísticos que acompañan al lenguaje, algo que podríamos llamar comunicación analógica. La importancia del fenómeno comunicativo está complementada por la extendida idea sobre la imposibilidad de no comunicar, idea que fue impulsada por el grupo de Palo Alto, que surgió bajo la dirección de Watzlawick, allá por los años sesenta del siglo XX. Según dicha concepción, actividad o inactividad, palabras o silencio tienen siempre valor de mensaje, es decir, influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por lo tanto, también comunican.

Nosotros coincidimos con la definición que hace De Vito (1992) según la cual la comunicación es el acto, realizado por dos o más personas, de enviar o recibir mensajes distorsionados por el ruido, que ocurre dentro de un contexto, que tiene algún efecto y que permite la retroalimentación.

Podemos llamar ruido a lo que denominamos en Gestalt la zona intermedia (pensamientos, ideas, introyectos, etc.) y que hace que oigamos los mensajes, entre otras cosas que nos afectan, de determinada manera.

La comunicación no es estática sino activa, está en constante cambio, por lo que requiere de la intervención de diferentes procesos cognitivos.

Ha habido dos grandes tradiciones de investigación en la comunicación: la tradición referencial y la tradición socio-lingüística.

El paradigma referencial se inicia en Europa, en la década de 1920, con los trabajos realizados por Piaget y posteriormente por Vigotsky, que aportaron, sobre todo, sus estudios sobre el lenguaje egocéntrico en la comunicación. Por su parte, los comienzos de la tradición sociolingüística son más diversificados al abarcar varias disciplinas, entre las que están la lingüística, la sociología, la psicología, la antropología y otras. También podemos encontrar antecedentes en los autores mencionados, aunque tiene una fuerte influencia de Chomsky, quien distingue entre competencia (conocimiento de la lengua por parte del hablante-oyente) y actuación (uso real de la lengua en situaciones concretas).

**La comunicación en el Psicoanálisis, Psicoterapia Existencial y en la Programación Neurolingüística**

En este epígrafe abordamos la comunicación que se da en dos concepciones muy diferentes de la psicoterapia: el psicoanálisis y la psicoterapia existencial, y también en una, podríamos llamar, tal vez, técnica, que no se encuadra en ningún paradigma concreto, la programación neurolingüística (PNL). También vamos a hacer un pequeño recorrido por algunas actitudes que se pueden dar en la sesión de terapia, durante la conversación terapéutica y que pueden inducir unos efectos muy concretos.

**En el Psicoanálisis**

La enfermedad mental, en el psicoanálisis, nace como consecuencia de la lucha y los conflictos que se establecen a partir de la imposibilidad de satisfacer las pulsiones debido a las represiones del Ego o de la realidad exterior. Esta barrera es la resistencia del enfermo y el terapeuta intenta romperla mediante preguntas que llevan al acontecimiento que ha originado los síntomas. Para ello utilizará la interpretación del discurso del paciente pidiéndole que formule libremente todos sus pensamientos, interpretará sus sueños, sus actos involuntarios de la vida cotidiana, y hasta sus juegos de palabras.

Las técnicas específicas de la conversación psicoanalítica son: la anamnesis, la solicitud de verbalización catártica, la atención flotante, la interpretación y el análisis de transferencia.

Como en toda conversación psicológica, quien dirige el intercambio (el terapeuta) interviene en la conversación a través de su lenguaje y de su rol. Algunos estudios han mostrado que el paciente va adoptando poco a poco el lenguaje del psicoanalista, como también adopta una determinada manera de enfocar su problema.

**En Psicoterapia Existencial**

La concepción de enfermedad mental de la Psicoterapia Existencial reposa en unos conceptos muy diferentes a los del Psicoanálisis, por lo que la conversación terapéutica no tendrá un peso distinto. La primera función del terapeuta existencial es comprender el mundo del enfermo. Intentará sacar a la luz, mediante una actitud comprensiva y a través de la conversación, los axiomas psicológicos de su subjetividad.

El psicoterapeuta existencial utiliza las técnicas de comunicación interpersonal que se utilizan en las conversaciones no directivas. Justifica la manipulación del enfermo (siempre hay manipulación) mediante los valores humanistas que subyacen a su acción y también por el hecho de que velan siempre por la confianza y el acuerdo de su paciente, quien siempre puede «negociar» su cambio.

**Programación Neurolingüística**

La PNL fue creada y diseñada por un lingüista, J. Grinder, y un matemático y también psicoterapeuta, R. Bandler. Se dedicaron a observar, para identificar sus patrones verbales y comportamentales a tres grandes terapeutas de aquel momento: Fritz Perls, Virginia Satir y Milton Erickson.

La PNL se basa en las «presuposiciones» que se llaman así porque se presupone que son verdaderas y han de ser tomadas como guías que definen nuestra actuación en los diferentes contextos en los que nos movemos.

Las presuposiciones de la PNL las podemos agrupar en dos básicas: el mapa no es el territorio y vida y mente son procesos sistémicos. De éstas se desprenden las presuposiciones operativas, tales como: mente y cuerpo son parte del mismo sistema cibernético, todo comportamiento tiene una intención positiva, todo comportamiento es útil en determinado contexto, las personas cuentan potencialmente con todos los recursos necesarios para cambiar y para actuar eficientemente; etc.

Todas las personas tienen una modalidad sensorial preferente de inscribir las experiencias y los recuerdos. Cuando hemos identificado la modalidad sensorial preferente podemos ajustar

nuestras verbalizaciones a ésta, de manera que podamos conseguir un rapport más adecuado con el paciente, describiendo las situaciones desde su modalidad y modificando la experiencia de éstas.

El punto central es que las personas sufren no porque el mundo no sea lo suficientemente rico como para poder satisfacer sus necesidades, sino porque tienen una representación tan empobrecida de éste que no encuentran una salida posible.

**Rogers: la relación en la conversación y efectos inducidos por las actitudes**

Rogers, con sus estudios sobre la conversación, ha ayudado mucho en el progreso del conocimiento sobre lo que ocurre en las situaciones de intercambio. En estos estudios se muestra que durante el intercambio cara a cara se dan principalmente seis clases diferentes de actitudes, paralingüísticas u orales, que definimos a continuación.

* Actitud de evaluación o de juicio moral: Con esta actitud, la persona que la mantiene, muestra aprobación o desaprobación moralista, se remite a las normas, situando al interlocutor en una posición de inferioridad moral.
* Actitud interpretativa: Mediante esta actitud el terapeuta, desde su punto de vista, interpreta la información facilitada, indicando a su interlocutor una causa probable ligada al fenómeno que éste acaba de describir, facilitando una explicación de su discurso.
* Actitud de apoyo consuelo: El terapeuta aporta una compensación afectiva a su interlocutor y también le anima. El discurso puede ser paternalista, maternalista o también de consuelo.
* Actitud de investigación: Con esta actitud el terapeuta da a entender que quiere saber más, que busca una información suplementaria en relación a un punto específico que le parece importante. Es como si llevara a cabo una investigación, pidiéndole al paciente, o al entrevistado, más datos sobre determinados aspectos o elementos de su vida.
* Actitud de solución de problema: El terapeuta da ideas o aconseja para salir del problema pudiendo remitir al interlocutor a otra persona que sí sea capaz de resolverlo.
* Actitud de comprensión: Con esta actitud el terapeuta no realiza ninguna de las actitudes anteriores, muestra que tiene empatía hacia lo que dice el paciente y se esfuerza por demostrar que ha entendido lo que éste ha querido decirle desde el punto de vista de dicho interlocutor.

**Efectos inducidos**

Cada una de las actitudes que acabamos de definir induce unos fenómenos típicos de comunicación al interlocutor que las experimenta, según los primeros estudios de Rogers y Kinget.

La primera de ellas, actitud de relación de evaluación y de juicio moral (tanto positivo como negativo) hace que el interlocutor reaccione según sus predisposiciones, es decir, no lo deja indiferente, así podrá reaccionar experimentando un sentimiento de culpabilidad, de inferioridad, de ansiedad... Esto puede provocar dos cosas: que se someta a la dirección moral así propuesta (una comunicación de dependencia) o bien puede provocar el disimulo de lo que se quería decir y provocar el fin de la comunicación sobre un tema o el desplazamiento hacia otro tema.

La actitud de interpretación o explicativa lo primero que puede inducir es a experimentar un sentimiento de incomprensión, que puede conllevar el intento de rectificar la interpretación. También puede llevar a reacciones de independencia: de irritabilidad primero y luego de desinterés y fuga de la conversación. Por el contrario, la actitud de interpretación puede provocar, así mismo, reacciones de sumisión y de aceptación.

La actitud de explicación puede provocar cualquiera de las dos reacciones que hemos descrito en la actitud de interpretación y también el paso a un nivel intelectual y la búsqueda de la satisfacción intelectual del saber.

Con la actitud de relación de apoyo afectivo se pueden provocar tanto el sentimiento de no ser comprendido por el otro (que quiere desdramatizar las cosas artificialmente y por lo tanto se rechazan sus consejos), como el sentimiento de que te están tratando como a un niño. Este último sentimiento puede así mismo provocar dos posibles reacciones: si se acepta abre la vía de la independencia (una esperanza de ser guiado o consolado) pero si se produce irritación se abre la vía de la contraindependencia y todas las actitudes de oposición a lo que se dice y a la relación con quien lo dice.

La actitud de investigación puede inducir a someterse a la autoridad superior y dar lugar a la pasividad, lo que consiste en esperar a que te pregunten y tratar de ayudar mediante las respuestas. Lo que el paciente quiere decir se abandona en favor de los problemas que le parecen importantes al terapeuta quien hará las preguntas en base a estos problemas que para él son relevantes. Con esta actitud el paciente puede ser llevado lejos respecto a lo que él pretendía decir al principio. Así mismo esta actitud puede dar una impresión de indiscreción y provocar resistencias o bloqueos y llevar al paciente a disimular.

La actitud de solución de problemas puede inducir la aceptación-sumisión y una dependencia hacia la solución propuesta. El paciente es como si dimitiera en relación con su problema. Esta actitud también puede dar la impresión de ser desairado y hasta puede producir un sentimiento de incomprensión si la solución está chapada y es impuesta.

Veamos algunos ejemplos: Paciente de 19 años con la voz tensa, primero explosiva y después angustiada: «Detesto a mi padre. ¡Lo odio! ¡Lo odio! ¡Lo odio! Y sin ninguna razón. Mi padre es pastor. Es un hombre justo y bueno. Nunca me ha pegado y, a pesar de ello, experimento un sentimiento violento hacia él, lo que me produce un terrible remordimiento. No tengo ninguna razón para detestarlo. Sé que está muy mal odiar al propio padre, sobre todo si no se tiene motivo... Esto me angustia terriblemente.»

Intervención de tipo explicativo: «Descubrirá que bajo ese odio se esconde un amor hacia él y que este amor es el factor real de los sentimientos de culpabilidad...».

Intervención de tipo evaluativo: «Ya que su padre es justo y bueno, tiene que sufrir mucho por su odio hacia él. ¿Ha pensado usted en los tormentos que inflige?».

Intervención de tipo resolución de problema: «Tendría que alejarse un tiempo del medio familiar».

Intervención de tipo investigación: «Hábleme de su padre. Dígame todo lo que le venga a la mente al respecto…». (Mucchielli, 1989)

**LA COMUNICACIÓN EN GESTALT**

La frase más importante de Korzybiski fue sin duda «un mapa no es el territorio que representa pero, si es correcto, tendrá una estructura semejante al territorio» (casi siempre mal citada como ‘‘el mapa no es el territorio’’). Es una de las tres premisas de la semántica general. El lenguaje es el mapa que utilizan las personas para representar las realidades que perciben, es decir, nos vamos creando mapas de la realidad en nuestras representaciones internas y sobre la base de esos mapas actuamos y respondemos. Debido a que cada persona tiene sus propias experiencias y no hay dos personas iguales, no existen dos mapas iguales, por lo que cada cual crea un modelo diferente del mismo mundo y por lo tanto experimenta una realidad diferente.

Otra de las premisas de la Semántica General es: «el mapa no cubre todas las características del territorio». Es algo así como que las palabras no recogen todas las características de los objetos a los que se refieren. «Toda la experiencia de las personas, la totalidad de sus hechos no caben en las palabras con las que lo expresan. El lenguaje es una representación convencional que no abarca los hechos en su totalidad, sino que más bien refleja la personalidad de quien habla». (P. Peñarrubia, 1998).

**Terapia dialogal**

En terapia gestalt la principal herramienta del terapeuta es su presencia activa, algo diferente en el psicoanálisis, donde la interpretación es la única forma de contacto entre paciente y terapeuta, la presencia de éste es pasiva. El diálogo Yo-Tú en la terapia gestáltica es la equivalencia a la neurosis de transferencia en el psicoanálisis.

Lo fenomenológico en el encuentro es buscar la comprensión desde las vivencias del otro, desde lo obvio de la situación, desde la relación entre el organismo y el ambiente y no desde la interpretación del observador.

La gestalt es una terapia dialogal y el diálogo es una forma especial de contacto. Cuando contactamos con un otro mantenemos nuestra identidad separada. «En el contacto dialogal la figura de interés para ambos es la interacción con la otra persona como persona» (Yontef, 1995).

Aceptar al paciente tal y como es ahora, en la actualidad, y creer en su propio potencial para poder cambiar la forma en que se está manifestando en este momento, por una expresion más plena de ese potencial, es tener fe en la autorregulación organísmica. Para reforzar ese potencial, esa capacidad de autorregulación, es para lo que está el trabajo de diálogo y darse cuenta de la terapia gestáltica. No está desarrollado para tratar de cambiar a nadie, para forjar un nuevo carácter que esté de acuerdo a una norma de salud mental, que como terapia existencial no existe en la terapia gestalt.

El terapeuta gestáltico se fijará en lo que se debe explorar mucho más que en lo que se debe cambiar. Esta exploración vivencial se conduce de una manera neutral, explicando lo que es. En el reconocimiento de lo que es va incluido aceptar cómo se está (atascado, frustrado, infeliz, etc.). Lo que es, es y punto.

Todo se organiza alrededor de la tarea de poner de manifiesto el darse cuenta del paciente para que se pueda dar la autorregulación organísmica. Siguiendo a Yontef vamos a resaltar

cinco características de esta relación dialogal en el contacto Yo-Tú. Inclusión, Presencia, Compromiso con el diálogo, No explotación y Vivir la relación

**ACTITUDES GESTÁLTICAS**

En nuestra opinión, la comprensión y la empatía son las dos actitudes comunicativas más importantes dentro del espacio terapéutico.

Debemos ser primeramente honestos con nosotros mismos y con el paciente, reconocer si podemos o no acompañarle en su proceso. El contacto con el paciente se basa en la autenticidad. También es muy importante ser congruente, es decir, pensar lo que uno dice, decir lo que uno piensa y mantener de acuerdo el paralenguaje y el lenguaje que se le muestra al paciente. La congruencia del terapetua va a ayudar a que aflore la del paciente. Esto conlleva que el terapeuta esté atento a sus propias emociones internas y que esté dispuesto a aceptarlas.

La actitud de comprensión genera el sentimiento de ser entendido y permite que haya confianza, que es, al fin y al cabo, lo que le facilita al paciente profundizar en el entendimiento de los problemas que va tratando, y que además vaya tomando conciencia de lo que implica su modo de ser, siendo esta toma de conciencia crítica lo que le permite decidir los cambios que podrá ir realizando.

¿Empatía o simpatía? Este fue un gran dilema en la Terapia Gestalt. Según Perls, el terapeuta gestáltico utilizará la simpatía en lugar de la empatía, puesto que: la empatía es «una especie de identificación en la que el terapeuta se excluye a sí mismo del campo y por ende elimina la mitad del campo. En la empatía el interés del terapeuta está centrado exclusivamente en torno al paciente y sus reacciones». (F. Perls, 1973, página 105). Sin embargo más adelante en el mismo libro (p. 106) dice: «En la simpatía, al igual que en todas las formas de confluencia, el límite de contacto está ausente. El terapeuta se convierte de tal modo en el paciente, que pierde absolutamente toda perspectiva de los problemas del paciente. Está tan sumergido en el campo que no puede ser testigo de él».

Pensamos que lo principal de la actitud no directiva en la comprensión del otro la constituye la empatía. Creemos que el ser simpático no presupone ninguna comprensión del otro, sino más bien una identificación casi emocional con él.

El teórico moderno de la empatía fue Rogers y para él este término «indica la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro, participar en su experiencia en la medida en que la comunicación, verbal y no verbal, lo permita..., captar el significado personal de las palabras del otro... de una participación en la experiencia del otro, sin limitarse a los aspectos puramente emocionales, que implica captar la experiencia desde el enfoque de la persona que la experimenta... **pero manteniéndose emocionalmente independiente».**

El comprender empáticamente al otro no quiere decir que tengamos que dejar nuestros sentimientos fuera, el terapeuta siente y ese sentir está ahí dentro, en la consulta, en el contacto con el otro y ese sentir nos hará tener intuiciones, no nos va a dejar en el plano únicamente intelectual.

**TÉCNICAS Y PRINCIPIOS COMUNICATIVOS GESTÁLTICOS**

Las estrategias comunicativas en el terapeuta se enmarcan dentro de las actitudes comunicativas emanadas de la propia teoría gestáltica y no deben entenderse, y esa es nuestra intención, como guión y manual de uso, absolutamente contrario a la idea de la Gestalt. Si la persona cambia sus maneras de comunicar, es decir, sus patrones comunicativos, y es consciente de ello, se está facilitando el cambio a nivel más profundo. Podríamos dividir estas técnicas gestálticas en dos apartados principalmente: para hacerse responsables y para aumentar la conciencia.

**Técnicas para hacerse responsables**

Yo-Tú, Lenguaje personal versus impersonal, Responsabilizarse de la expresión, Sobre el cuerpo y las conductas, Sí, pero..., La formulación de preguntas, No murmurar, Concretar.

**Técnicas para aumentar la conciencia**

En realidad todas las técnicas gestálticas están «diseñadas» para aumentar la conciencia de la persona, es decir, la gestalt persigue que el paciente se dé cuenta de lo que piensa, siente y hace de manera casi automática, sin apenas prestar atención. Algunas técnicas comunicativas que facilitan ese darse cuenta son: Continuo de conciencia, Aquí y ahora, Repetición, Exageración, Imitación,...

-----------------------------------------------------------------------------------------------