

El humor en psicoterapia

Eduardo Figueroa

Jeffrey Goldstein, en su artículo “Efectos terapéuticos de la risa” hace una revisión de las opiniones positivas y negativas con respecto de la risa a lo largo de la historia.

Visiones negativas de la risa

En 1676 Robert Barclay escribía en su *Apología de la verdadera Divinidad Cristiana* (1969) “No es justo utilizar los juegos, los deportes, ni las comedias entre los cristianos bajo la denominación de recreaciones ya que no se compadecen con el silencio, la gravedad y la sobriedad cristianos”.

En 1794 el filósofo alemán George Meier (1947) hacía notar que la religión y la filosofía no eran objetos apropiados para la risa: “... Estas cosas son tan importantes en sí mismas, que nunca es suficiente la solemnidad con que se las toma. La risa, en tales ocasiones, es criminal e indecente. La risa oscurece la verdad, endurece el corazón y estupidiza la comprensión”.

A comienzos de siglo Freud (1964) consideraba que el humor era un reflejo de una ansiedad subyacente o una hostilidad no verbalizada. Decía que la risa surgía de impulsos agresivos y sexuales reprimidos y por lo tanto podía ser vista como una expresión de los mismos.

Sin embargo, Freud fue cuidadoso en distinguir los chistes que eran hostiles o sexuales en su naturaleza, de lo que era “puro humor”. Sobre esto último Freud dijo: “El humor conlleva un efecto libertador. Pero también tiene algo sutil y elevante”.

Sir Arthur Mitchell (1905) decía que dado que la risa estaba más allá del control corporal debía representar “un estado de desorden mental”. Tomando en cuenta el carácter irracional del fenómeno de la risa, cuando

ésta ha cesado creo que podemos llamarlo un estado transitorio de perturbación mental.

Visiones positivas de la risa

Pero hubo también aquellos que encontraron cosas positivas que decir acerca de la risa. Mulcaster, un médico del siglo XVI, escribió que la risa era un ejercicio físico y como tal era saludable. Decía que la risa podía ayudar a aquellos que tenían el pecho y las manos frías y estaban acosados por la melancolía, ya que el reír favorecía el movimiento del aire en el pecho y así ayudaba a echar los malos espíritus del cuerpo.

Kant, en su *Crítica del juicio* (1790) decía: “en el caso de los chistes vemos la relajación del organismo por la oscilación de los órganos, lo que promueve la restauración del equilibrio interno”.

Sully (1902) proponía que la risa no sólo era buen ejercicio sino que también promovía la digestión. Lo mismo opinaba Gottlieb Hufeland, un profesor del siglo XIX: “La risa es una de las ayudas más importantes que tenemos para hacer una buena digestión. Ya lo sabían nuestros ancestros al excitar su digestión con la ayuda de bufones y payasos. Esta costumbre estaba basada en principios médicos”.

Pero quizás quien más explícitamente se refirió en forma negativa al uso del humor en psicoterapia fue Kubie (1971) en un artículo que tituló *El potencial destructivo del humor en psicoterapia*. Allí señalaba que el uso del humor por el psicoterapeuta es potencialmente destructivo para la relación terapéutica, especialmente si es usado por terapeutas inexpertos y en las etapas iniciales de la terapia. Las principales objeciones de Kubie se referían a que el uso del humor por el terapeuta bloqueaba la libre asociación, causándole al paciente confusión acerca de si el terapeuta era serio y confiable, burlón o si era una forma encubierta de manifestar hostilidad. Más aún, Kubie decía que el humor podía ser una forma de exhibicionismo o una defensa a fin de evitar los aspectos dolorosos del sufrimiento del

Eduardo Figueroa es Licenciado en Psicología y se desempeña como docente en la Universidad de Belgrano.

paciente. Cuando el humor se hace con respecto de situaciones del paciente podría ser tomado como una burla y bloquear impulsos agresivos, al sentirse el paciente obligado a sumarse a la broma para probar su propio sentido del humor. No sería justo considerar a Kubie un amargado.

Mucho de lo que Kubie señala es para tomar en cuenta. En las etapas iniciales de un tratamiento los pacientes están más absorbidos por la tarea de reasegurarse de que pueden tener confianza en el terapeuta que están viendo, y no es muy seguro que el terapeuta testee dicha confianza hasta que su rol esté claramente establecido y aceptado. Esto tiene que ver con que, dado que para que una intervención humorística tenga el efecto deseado, es necesario que haya una serie de códigos comunes y significados compartidos, la relación debe tener el tiempo suficiente de desarrollo como para minimizar los riesgos de una mala interpretación.

No fue éste el caso de un paciente que, como una forma de expresarme sus ansiedades acerca de mis honorarios, me contó la historia de un amigo que fue a ver a un psicólogo que tenía fama de ser inflexible con los honorarios. Tenía su consultorio en la calle Esmeralda. El paciente llegó a su primera cita, tocó el timbre, le abrió el portero eléctrico, y entró a una sala que tenía dos puertas. Una decía "hombres" y otra, "mujeres". Sin dudar lo entró por la primera. Se encontró allí en otra habitación que tenía dos puertas. En una decía "introvertidos" y en la otra "extrovertidos". Atravesó la que decía "introvertidos" y se encontró frente a dos puertas. En una se leía "Los que ganan **más** de dos mil pesos por mes" y en la otra "los que ganan **menos** de dos mil pesos por mes". Atravesó esta última y se encontró de nuevo en la calle Esmeralda.

Este paciente evidentemente no titubeó a la hora de hacerme saber cuál era su ansiedad principal en esta primera entrevista.

Es claro que el humor al que nos estamos refiriendo no es precisamente el del chiste o cuento favorito. Es más bien la creación de un marco de referencia excepcional y momentáneo, una forma súbitamente inusual de percibir y experimentar la realidad. Esto nos permite ganar objetividad y libertad con respecto de nuestros habituales mecanismos de autocontrol que nos llevan a ver la vida en general y nuestros problemas en particular de un modo monótono y sin alternativas.

Una situación puede ser definida de varias maneras del mismo modo en que una historia puede ser traducida a estilos diferentes: un drama puede ser visto como una comedia o viceversa, un relato de misterio como una sátira, etc. Como dice Cloé Madanes la tera-

pia puede ser como un esfuerzo de cambiar el género del relato: de un romance trágico a una comedia de enredos, de una historia de aventuras a una de villanos, etc.

El humor tipifica una forma de seriedad de un nivel más alto y sublime que la representada por la formalidad y seriedad superficial que surge del miedo al contacto con las propias emociones y sobre todo en el propio ridículo.

Puede ser descrito como una experiencia interpersonal entre paciente y terapeuta que le permite al primero ver sus problemas desde una nueva perspectiva.

Para que el humor pueda ser apreciado, el que escucha debe poder empatizar o identificarse con los personajes descritos en la escena humorística. Sin embargo debe mantenerse cierta distancia psíquica como para que la situación no sea vivida como demasiado cercana y produzca ansiedad.

Sin embargo hay situaciones terapéuticas en las que el humor puede ser percibido por observadores externos pero no por el paciente que sufre por el problema. Por ejemplo, en el caso de la pareja de recién casados, atendidos por Milton Erickson a causa de la enuresis nocturna de ambos. Erickson les pidió que deliberadamente y en forma simultánea ambos mojaran la cama antes de acostarse y luego durmieran sobre las sábanas mojadas. Este ejercicio deberían hacerlo durante dos semanas y luego volver a verlo. Difícilmente la tarea les pareció humorística a los pacientes en ese momento; sin embargo Erickson relata que a las dos semanas volvieron muy contentos de los resultados obtenidos.

Otro caso atendido por mí, de un joven hipocondríaco, hijo de una mamá hipocondríaca y extremadamente solícita a la hora de averiguar si al nene le estaba doliendo algo, tuvo un tratamiento similar.

Les expliqué a ambos que la angustia que el hijo sentía ante la posibilidad de una enfermedad se alojaba en el pecho y tenía bastante que ver con la respiración, aparte de otros motivos más profundos. Así que les pedí que esa noche, a las doce, y lo mismo cada una de las noches en que el hijo sintiera angustia, ambos debían tirarse al suelo y hacer veinte flexiones de brazos, gritando "nunca más" a coro, cada vez que exhalaban el aire de la angustia. Ninguno se rió frente a esta tarea. Pero a la sesión siguiente confesaron que a la cuarta flexión les había agarrado un ataque de risa y no pudieron continuar. Curiosamente en toda la semana no volvió a mencionarse el tema de los miedos.

Gordon Allport, en 1937, señaló el rol del humor en promover la autobjetivación. Según él, la autobjetivación es la capacidad de obtener conocimiento de uno mismo, y como tal es un prerrequisito para el cambio en terapia. Para Allport el correlato del “insight” es el humor. El humor introduce una nueva perspectiva. Los hechos ordinarios de la vida, así como sus problemas, pueden ser vistos como algo distinto y con frescura a través de su formulación por la vía del humor. Más aún: se gana un sentido nuevo de la proporción cuando la persona capaz de utilizar el humor aprende a ver el sentido absurdo de algunos de sus problemas o situaciones de angustia.

La semana pasada estaba conversando con una paciente que estaba atravesando por un período depresivo. Un año atrás había dado a luz un bebé muy deseado. Lo tuvo por cesárea pero esto no le preocupó, ya que estaba feliz por el nacimiento. Todo siguió bien hasta los tres meses, cuando comenzó a hacer un curso para ayudar a parir a madres embarazadas. Allí escuchó hablar tanto sobre las maravillas de tener un parto natural y todo lo que se pierde una mujer que no vivió la experiencia, que se deprimió. “Siento que me perdí una experiencia única y que ya nunca la podré recuperar”. De nada habían valido los comentarios del marido y las amigas “No te des manija, ya pasó, pensá en todo lo que tenés”, etc.

Adopté una posición contraria a la que ella esperaba. Le dije: “¿No te parece un poco limitado de parte tuya pensar que lo único bueno que te perdiste en la vida fue el parto natural? Te pediría que durante esta semana, y aprovechando que estás deprimida, pienses en todas aquellas cosas —aun las que salieron bien— que podrían haber sido mejor en tu vida. Luego de reírse un rato pareció entender la situación imposible en la que se ubicaba. Creo que lo inesperado de la intervención contribuyó a que se produjera un efecto diferente al de los bien intencionados consejos de sus amigas. El “insight” llega a veces luego de un corte abrupto en la cadena previsible de asociaciones e interacciones habituales. El humor produce a veces esa brecha.

Por supuesto que el humor también puede ser agresivo y sarcástico. Suele tener estas características cuando asume la forma de ridiculizar al paciente o ponerlo en una posición de inferioridad con respecto al terapeuta. Si bien terapeutas experimentados pueden utilizarlo con el fin de provocar una crisis en el paciente o en la familia en general, es más lo que se arriesga que lo que se gana. Me refiero, por ejemplo, a decirle a una paciente que tiene la tendencia de quejarse, algo así como “ya empezamos con la novela”. Este tipo de

comentarios tiene más la función de liberar sentimientos agresivos del terapeuta (ya sea por aburrimiento o desinterés) que la de empatizar con el paciente.

La estructura de muchas situaciones humorísticas guarda cierta similitud con la esencia de la psicoterapia. El humor habitualmente juega con una escena inicial que parece seria o convencional y que sirve de base para una segunda situación montada sobre la primera que es absurda o cambia el sentido de la primera. El típico chiste, suele ser presentado de un modo que nos lleva inicialmente a tomarlo seriamente, y de repente sufre un cambio brusco, de modo que nos obliga a tomarlo no seriamente. La primera impresión no se desvanece, sino que queda como el telón de fondo para la alternativa humorística. Ambas alternativas quedan en nuestra mente y es el interjuego entre ellas y su comparación lo que es la base de nuestra diversión. Es el caso de la persona que consulta al psiquiatra y le dice: “Doctor, me siento como si fuera un perro”. “¿Desde hace cuánto que le pasa?” “Desde cachorrito”.

También en psicoterapia una situación traída por el paciente como aparentemente seria y sin salida da pie para la intervención humorística del terapeuta, que habitualmente toma la forma de darle un nuevo y sorprendente sentido a los hechos. Esta intervención muchas veces desacraliza las situaciones planteadas por el paciente y permite cierta toma de distancia, que en muchos casos va acompañada de alivio y recuperación del humor.

El humor puede ser una excelente maniobra para superar resistencias una vez que el terapeuta ya ha probado una y mil maneras de esclarecer los patrones de conducta del paciente y tiene la sensación de que insistir sobre lo mismo sólo le haría aparecer coercitivo y provocaría más resistencias en el paciente. El humor puede deshacer la presión y permite posicionarnos como aliados de nuestro paciente. Por ejemplo, una paciente constantemente llegaba veinte minutos tarde a la sesión. Una vez que se agotaron los medios para esclarecer su conducta, empecé a hablarle rápidamente y casi sin respirar. Asimismo la instaba a que ella tampoco hiciera pausas. Me miraba sorprendida y sin entender qué me pasaba. Cuando le sugerí que ella debía tener mayor poder de síntesis para poder incluir más material en menos tiempo, se hizo evidente el motivo de mis comentarios. Lejos de intentar cambiar sus demoras, yo estaba buscando formas de adaptarnos a ella. El efecto cómico que esto le causó fue más efectivo que los señalamientos hechos hasta entonces.

Otro ejemplo de terapia de grupo. Un paciente absolutamente negativo se empeñaba en desacreditar

todo lo que le decía. Por supuesto que tampoco aceptaba mi comentario acerca de que él estaba siendo opositorista. Un día le dije al grupo que estaba estudiando en profundidad qué papel o función le tocaba a cada miembro en el grupo y que en este caso a Juan le había tocado en desgracia sacrificarse por todos los demás y cumplir el desagradable papel de oponerse siempre. Pero esto, si se lo veía bien, era un beneficio para todos los demás, ya que al hacerse cargo él de todas las resistencias, los dejaba a ellos en mejor posición para beneficiarse con la terapia. Como la asunción de roles en un grupo se realiza en forma automática e inconsciente, yo no estaba en condiciones de predecir cuándo esta función la iba a asumir otro miembro. Este comentario bloqueó la espontaneidad de Juan para oponerse. Si seguía haciendo esto había quedado definido que era un sacrificio de parte de él y un beneficio para el resto del grupo.

En este caso me cuidé de parecer serio y profesional en mi comentario aunque algunas sonrisas se pudieron percibir.

Una advertencia es importante. Yo tenía una simpatía especial por este paciente (aún no se por qué). La recomendación es que cuando estamos molestos con un paciente es una buena idea evitar las situaciones humorísticas, ya que podemos inadvertidamente usarlas para reírnos del paciente o ridiculizarlo.

Una de mis aperturas predilectas cuando tengo una primera sesión con una familia que consulta por uno de sus hijos es adivinar por mí mismo cuál es el paciente identificado. No es difícil acertar ya que suele ser el que tiene más cara de enojo o de vergüenza. Una forma de ayudarlo a salir de ese estado de enojo improductivo es decirle de entrada: "Vos debés ser el que más insististe para traer a todos aquí hoy, ¿no es cierto?"

Una apertura similar que sirve para ir conociendo a los miembros de la familia y de paso ir venciendo ciertas resistencias, es preguntarles: "¿Quién de ustedes es el que menos deseos tenía de venir hoy aquí? y después de él, ¿quién?", y así sucesivamente. Esto permite que se vaya rompiendo el clima de formalidad inicial mientras voy conociendo quiénes serán los que ofrecerán más dificultades.

Limitaciones en el uso del humor

Hay algunas limitaciones que se deben tener en cuenta en el uso del humor. Por ejemplo, no debemos utilizarlo con aquellos que puedan pensar que no los estamos tomando seriamente, o que sientan que nos reímos de ellos antes que con ellos, o que puedan sentirse fácilmente ofendidos.

Obviamente debemos cuidarnos de los paranoicos (aunque de todos modos suelen no durar mucho en terapia) y con los depresivos (suelen estar tan concentrados en sí mismos que muchas veces ni reconocen que uno está tratando de ser gracioso). De todos modos, es más útil a la hora de ponernos humoristas considerar más el estado de la relación terapéutica que el diagnóstico del paciente de turno.

Sugerencias para su utilización técnica

Lo mejor es hacer uso del sentido del humor que uno ya dispone. Comiencen prestando atención a los modos habituales en que expresan su humor y las respuestas que genera en otros. Fíjense en el humor que ustedes ya despliegan en terapia o en su vida social y traten de llegar a alguna idea acerca de qué características tiene y qué es lo que lo hace efectivo. Aquellos que hayan sido entrenados en una tradición que sostiene que la psicoterapia es una actividad solemne, quizás puedan replantearse los principios que guían su práctica. ¿Qué es lo que justifica que sea tan mortalmente seria y que es lo amenazador de un poco de risa aquí o allá?

Entre otras utilidades del uso del humor podemos citar las siguientes:

1. Modelado: el terapeuta suele servir como modelo para su paciente, habitualmente de un modo implícito. Está comprobado que cuando la terapia es exitosa suele haber una modificación en los valores y actitudes del paciente, generalmente en la dirección de acercarse a los de su terapeuta. Si asumimos que uno de los objetivos generales de una terapia es el de remover obstáculos para que el paciente sea más espontáneo en expresar sus sentimientos, el rol del humor en este aspecto es obvio. Si el terapeuta es capaz de actuar de un modo espontáneo y más libre, esto sirve como aval para un comportamiento similar en el paciente. Esto no surge de una estrategia calculada, sino que depende más bien de una cualidad de autenticidad del terapeuta que se permite una actitud menos vigilante con respecto de sus actitudes y respuestas espontáneas.

2. Transparencia: dependiendo del tipo de paciente y del momento en que se está en la terapia, puede ser útil que el terapeuta muestre diferentes aspectos de sí mismo. Esto puede contribuir a mejorar la relación terapéutica, y a desmitificar el proceso y desidealizar a la persona del terapeuta. Es importante que él mismo pueda mostrarse vulnerable, falible, con incertidumbres (en suma lo que llamamos la posición "one down"). Esto favorece que el paciente asuma la parte de responsabilidad que le corresponde en la dirección de la

terapia. El terapeuta puede reírse de sí mismo, hacer comentarios acerca de que él no sabría cómo salir de la situación en que se encuentra el paciente, etc.

El uso del humor muestra al terapeuta como un ser humano y de ese modo contribuye a relativizar su imagen pública como la de una persona distante y que está más allá del bien y del mal.

Por otro lado, el uso más libre del humor reduce las posibilidades de que el terapeuta se “queme” o agote en su trabajo diario. Una buena carcajada es un buen antídoto contra el estrés y la frustración.

3. Interpretación: a veces un chiste puede ser la mejor interpretación. Un paciente vivía quejándose de todo y echándole la culpa a los demás de todos sus males. Le conté el caso de un amigo que diariamente se quejaba a la hora del almuerzo en la oficina cuando abría el paquete de su comida y se encontraba siempre con el mismo tipo de sándwich: “¿Cómo? ¿Otra vez mortadela?” Cuando sus compañeros le dijeron: “¿Por qué no le decís a tu mujer que te los haga distintos alguna vez?” Contestó: “¿A mi mujer?, me los hago yo”. Suele ser un buen ejemplo para las personas expertas en derrotarse a sí mismas.

Otro cuento que utilizo para mostrarles a algunos pacientes su terquedad en mantener una perspectiva aun con todas las evidencias en contra, es el de una mujer que estaba internada en el Hospital Moyano y que tenía el delirio de tener en su estómago una serpiente. Ni la medicación ni la terapia podían convencerla de lo absurdo de su fantasía. Un grupo de residentes decidió probar con un recurso nuevo. Le dijeron que finalmente los había convencido y que iban a proceder a operarla. Esa tarde la anestesiaron, le hicieron un pequeño tajito a la altura del estómago y luego la cosieron. Cuando la paciente se despertó de la anestesia le mostraron un frasco con una víbora. “Tenía razón. Mire lo que sacamos”. La alegría de la mujer duró poco. Esa noche se acercó al médico de guardia y le dijo: “¿Sabe qué doctor? Me parece que esta serpiente iba a tener cría, se dejaron los huevitos adentro”.

Salameh hizo distinción entre los terapeutas que utilizan su humor naturalmente, sin buscar justificaciones o elaboraciones teóricas, y los que han hecho de su humor un aspecto esencial, tanto en su bagaje técnico como en su aparato teórico. Mi posición se acerca más al primer grupo. Aunque es tentador elaborar teorías y técnicas acerca de las funciones del humor y reglas de construcción de situaciones humorísticas, el obvio perjuicio es que así se mata la espontaneidad del terapeuta, transformando lo que es una muestra de arte en una actividad mecánica. Y hasta el momento ningu-

na descripción técnica de las operaciones que debe seguir un terapeuta de cualquier escuela ha podido dar cuenta de esos momentos geniales e inefables que sólo surgen de la más absoluta espontaneidad de las personas.

En cambio, es preciso para un efectivo desarrollo del sentido del humor en terapia tener una actitud en la que se valore el humor como parte inextricable de la experiencia humana y especialmente beneficiosa en el ámbito terapéutico. De este modo el terapeuta puede alentar su uso tanto en sus pacientes como en sí mismo.

Conclusión

Introducir un poco de humor en la terapia es más fácil que escribir acerca de ello, ya que aquello de lo cual se ríe en una sesión es más común y ordinario que lo que podría surgir de todo este palabrerío con el que estoy justificando esta presentación. Quizás hemos querido parecer todo lo científico que lamentablemente no somos, y para eso hemos adoptado los gestos exteriores de la ciencia sin sus precisiones internas. Muchos modelos de psicoterapia lejos de poner las cosas en claro parecen deleitarse en ser oscuros e impenetrables. Algo muy lejano al humor campea en esos círculos. La introducción de un lenguaje más llano y no exento de humor puede denotar con mayor claridad nuestras limitaciones como ciencia. La tendencia a la integración y a la claridad va creciendo. El cambio es lento y lleno de dificultades. Mientras tanto, ¿por qué no tomarlo con un poco más de humor?

Referencias

- Barclay, R. (1969). Apology for the true Christian divinity. En C. Hyers (De), *Holy laughter: Essays on religion in the comic perspective*. New York: Seabury.
- Meier, G. F. (1947). *Thoughts on Jesting*. Austin: University of Texas Press.
- Freud, S. (1964). *El chiste y su relación con lo inconsciente*. Biblioteca Nueva.
- Mitchell, A. (1905). *About dreaming, laughing and flushing*. Edinburgh: William Green.
- Kant, E. (1790). *Crítica del juicio*. Berlín: Lagarde.
- Sully, J. (1902). *Essays on laughter*. New York: Longmans, Green.
- Kubie, L. S. (1971). The destructive potential of humor in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 127, 861-866.