

**Newsletter**

# Centro de Estudios Adlerianos



**Psicología Individual / Individual Psychology**

**Junio / June 2016 N°17**

**Publicado por / Published By  
Centro de Estudios Adlerianos**

**[www.centroadleriano.org](http://www.centroadleriano.org)**

**E-mail: [psicoterapias@centroadleriano.org](mailto:psicoterapias@centroadleriano.org)**

**REFERATO/ REFEREE:**

**A. Buschiazzo - A. Yarza**

**Diseño / Designer: Carlo Pontti**

**Cada artículo es responsabilidad exclusiva de su autor**

**Every article is the sole responsibility of the author**

**Copyright by Centro de Estudios Adlerianos,**

**Montevideo - Uruguay. ISSN: 1688-7948**

# ÍNDICE / INDEX

■ <b>Daniela Leal</b>	
Interpretaciones del concepto de compensación en la historia de la ceguera.	<b>3</b>
Interpretations of the compensation concept in the history of blindness.	<b>6</b>
■ <b>Tania Rodríguez</b>	
Otra escuela es posible.	<b>10</b>
Another school is possible .	<b>13</b>
■ <b>Fulvia Ursoiu</b>	
Intervención psicológica para personas que viven con VIH / SIDA - Una aproximación adleriana.	<b>16</b>
Psychological intervention for people living with HIV/AIDS – an adlerian approach.	<b>23</b>
■ <b>Alejandra Yarza</b>	
La imperfección del psicoterapeuta.	<b>30</b>
Psychotherapist imperfection	<b>33</b>

# Interpretaciones del concepto de compensación en la historia de la ceguera

**Daniela Leal**

*La ocurrencia de la ceguera y sus diferentes significados se introduce en la propia historia de la humanidad. Los cambios de actitudes de la sociedad en relación a la persona ciega ocurrieron, de la misma manera, en función de la organización social a la cual están sometidas.*

*Franco e Dias*

**D**urante la investigación inicial sobre la historia de la ceguera y los orígenes del concepto de compensación, para la construcción de la tesis de doctorado, que después dio origen al libro *Compensação e Cegueira: um estudo historiográfico*, uno de los objetivos centrales era conocer la realidad histórico-social en que el concepto de compensación fue creado y su impacto sobre la historia de la ceguera. Esto porque, tras la operación histórica<sup>1</sup>, como diría De Certeau (2000), para “describir como se consolidaron las diversas maneras de concebir la persona ciega y su desarrollo a lo largo de la historia, [se observó que] el concepto de compensación siempre se hizo presente” (Leal, 2015, p. 17).

En la Prehistoria, por ejemplo, la ceguera era concebida ora como castigo de los dioses, por haber cometido algún pecado o cargar una gran culpa y consecuentemente eran abandonados a su propia suerte o muertos por sus propios familiares; ora como un don divino que elevaba la persona a la categoría de brujo o amigo de los dioses, una vez que al no tener la visión, la misma era compensada con prodigiosos sentidos. Aunque sabiendo que las principales causas de la ceguera, en este período, estaban mucho más relacionadas a los pocos hábitos de higiene, las condiciones climáticas y algunas enfermedades adquiridas por la madre.

En la Edad Antigua, la concepción de la ceguera como castigo de los dioses, no solo por culpa o pecado de la actual vida, sino también a causa de vidas pasadas y de sus antepasados, ganó más fuerza, así “las concepciones de que los ciegos eran grandes curanderos, adivinos o hechiceros a causa de los sentidos delicados que tenían, porque creían que, en la falta de la visión, estos eran compensados con otras capacidades” (Leal, 2015, pp. 136-137), continuaron a ser perpetuadas.

Con la llegada de la Edad Media, se observó que cada civilización concibió la ceguera de un modo: algunas continuaron a creer en la idea de la ceguera como desgracia o castigo; otras, con base en la benevolencia, crearon instituciones, de carácter asisten-

<sup>1</sup> Para De Certeau (2000), en la operación histórica cada historiador produce el documento, a través del “gesto de separar, de reunir, de transformar en documentos ciertos objetos distribuidos de otra manera” (p. 81); creando, de este modo, una nueva distribución, que responde a las nuevas necesidades y adquiere sentidos diferentes de los originarios.

cialista, para agregar las personas ciegas en un único espacio; otras, por creyeren que los ciegos podrían desarrollarse como los otros, intentaron crear los primeros métodos de escrita para los ciegos.

La Edad Moderna, con sus grandes cambios, influyó de modo significativo en la vida de las personas ciegas. La invención de la prensa, por ejemplo, trajo diversos métodos para la enseñanza de la lectura y de la escrita a las personas ciegas, teniendo como su mayor precursor Valentin Haüy. A pesar de los avances, las concepciones sobre los orígenes divinos, místicos y pecador de la ceguera permanecieron durante toda la Edad Moderna.

Con la Contemporaneidad, a pesar de haber prevalecido muchas concepciones, principalmente la de la compensación de los sentidos, como en los otros periodos, deja de pensarse en el carácter asilar y asistencialista, para dar origen a la preocupación con el aprendizaje y el desarrollo de la persona ciega, permitiéndole el derecho a frecuentar escuelas y universidades.

De este modo, se puede verificar, con base en esta breve síntesis que, primero, muchas fueron las etapas recorridas por las personas ciegas para alcanzar el reconocimiento como personas que se desarrollan como cualquier otra persona, apenas utilizándose de recursos diferentes. Segundo, la compensación siempre fue un factor de destaque y análisis en la historia de la ceguera; ora porque era concebida como don divino, ora porque creían que se daba naturalmente. E, tercero, porque en pocos momentos la compensación había sido vista como un "proceso de desarrollo constituido en las relaciones entre el sujeto acometido por la pérdida de la visión y las personas a su vuelta. (Leal, 2015, p. 138).

En este sentido, solo a partir de 1907, cuando Alfred Adler describe su teoría sobre la inferioridad de los órganos, que de hecho se pasa a pensar en la compensación no como un don divino o natural, sino como un proceso realizado por el sistema nervoso central y por el aparato psíquico para compensar la insuficiencia morfológica o funcional de uno de los órganos. Como explicita Adler (2012), se crea sobre el órgano o función defectuosa una subestructura psíquica que tiene por objetivo reforzar el organismo débil y amenazado. Eso ocurre porque, en contacto con el medio exterior, surge un conflicto ocasionado por la falta de correspondencia del órgano o función deficiente, generando el sentimiento de inferioridad, que servirá de fuerza motriz para el desarrollo psíquico del carácter.

En el caso de la ceguera, según Adler (1993), si el órgano de la visión esté originariamente comprometido, ocurrirá una visión psíquica reforzada y la capacidad funcional del sistema nervoso central cumplirá el papel de agente compensatorio y, consecuentemente, se manifestará por reflejos, por reacciones sensibles y sensaciones intensificadas. Además de eso, como afirma Vygotski (1997a, p. 99), apoyado en Adler, la ceguera "no es solo un defecto, una deficiencia, una debilidad, sino también, de cierta manera, una fuente de revelación de aptitudes, una ventaja, una fuerza [...]". Y, al paso que esa "fuerza de acción del órgano inferior compensado aumenta cualitativamente y cuantitativamente, el niño [...], encuentra en sí mismo los medios, con frecuencia sorprendentes, para elevar el sentimiento de su propio valer" (Adler, 1993, p. 54).

Como ejemplifica Luria (apud Vygostki; Luria, 1996), "las sensaciones auditivas y táct-

tiles que, en una persona vidente, permanecieron adormecidas, bajo el dominio de su visión, son movilizadas por el ciego y utilizadas con un grado raro de plenitud y sensibilidad" (p. 223).

Lowenfeld (1981), cuando describe como se da el aprendizaje de la persona ciega con la ayuda de los otros sentidos, complementa:

[...] la percepción del color es únicamente una función visual, a la cual no puede ser realizada por ninguno otro órgano. [...] Sin embargo, [los ciegos] adquieren ideas sustitutivas de colores, ya que viven en un mundo que ven, que hace uso constante de observaciones y referencias sobre los colores. Esas ideas están basadas en asociaciones verbales, sensoriales y emocionales. (p. 71).

Comprobando, de esta manera, la afirmación de Adler (1993) al decir que, el equilibrio mediante la compensación es asegurado. En sus palabras, "los órganos inferiores están dotados de una gran potencia de compensación y supercompensación, que aumenta la capacidad de adaptación del individuo a los obstáculos comunes y extraordinarios, y que favorece la creación de formas y funciones nuevas y superiores" (p. 56).

Al referirse específicamente a la educación de las personas con deficiencia, Adler (1959) afirma que se hace necesario formar un conciudadano ideal: "tenemos que actuar con fuerza activa, estimular esta obra, para que el niño se desarrolle con ese fin" (p. 26). Al profesor, por lo tanto, competirá identificar los defectos y encontrar un camino que pueda llevar al niño tan lejos como los otros. Es por intermedio de la educación que se despertará en el niño el conocimiento de sí y de los factores que contribuyan para su superación.

De este modo, se puede concluir que conocer la realidad histórico-social en que el concepto de compensación fue creado y su impacto sobre la persona con ceguera permitió, al sacar de la "ciega aceptación de la sutil, insidiosa y muchas veces poderosa Selbstverständlichkeiten<sup>2</sup> que compone el Zeitgeist dentro de lo cual nosotros trabajamos" (Wertheimer, 1998, p. 39), observar tres cuestiones fundamentales. Primero, a lo largo de la propia historia de la ceguera, aunque de manera equivocada y apoyada en concepciones místicas o milagrosas, el proceso de compensación estuvo presente. Segundo, al comprender el proceso de compensación como un recurso, un instrumento que auxilia en los procesos de aprendizaje y de desarrollo de las persona ciegas, se consigue encontrar una clave para lo que hoy es denominado de educación inclusiva o educación para todos. Por último, "para que se pueda salir del insidioso discurso de las imposibilidades de la educación de la persona ciega en las clases regulares, para un movimiento de comprensión de las posibilidades y de realización de prácticas que de hecho genere aprendizaje y desarrollo" (Leal, 2015, p. 146), se hace necesario todavía en la actualidad, como Vygotski (1997) ya señalaba en el comienzo del siglo pasado (XX), una detenida reflexión sobre las teorías que embazan el concepto de compensación y su aplicación efectiva en las prácticas sociales y escolares con personas ciegas.■

2 Selbstverständlich (adj.) natural; indiscutible; (adv a.) evidentemente Selbstverständlichkeit (F) naturalidad f; cosa f natural (od evidente). (Langenscheidt, 2011, p. 1133). Evidente por sí mismo (The Language Portal – PONS.eu. Recuperado em 11 dez. 2012 de <http://en.pons.eu/german-english/Selbstverst%C3%A4ndlichkeiten>.

# Interpretations of the compensation concept in the history of blindness

**Daniela Leal**

*The occurrence of blindness and its different meanings are part of the history of humanity itself. Changes in society attitudes towards the blind person occurred in the same way, depending on the social organization to which they are subjected.*

*Franco e Dias*

**D**uring the initial research on the history of blindness and the origins of the concept of compensation for the construction of the doctoral thesis, which later gave rise to the book *Compensação e Cegueira: um estudo historiográfico* [Compensation and blindness: a historiographical study], one of the main objectives was to know the historical and social reality where the concept of compensation was created and its impact on the history of blindness. This is because, after the historiographical operation<sup>1</sup>, as de Certeau (2000) would say, to "describe how to consolidate the different ways of conceiving the blind person and their development throughout history, [it was found that] the concept of compensation was always present" (Leal, 2015, p. 17).

In Prehistory, for example, blindness was either conceived as punishment of the gods, because these people had committed some sin or carried a great guilt, and therefore were abandoned to their fate or killed by their own families; or as a divine gift which raised the person to the wizard category or friend of the gods as, by not having the vision, they were compensated with prodigious senses. However, we know that the main causes of blindness in this period were much more related to scarce hygiene habits, the struggle for survival, the weather conditions and some diseases acquired by the mother.

In Ancient Time the conception of blindness as a punishment of the gods, not only by guilt or present life sin, but also because of past lives and their ancestors' lives, gained even more strength; as well as "the views of the blind being healers, diviners or sorcerers, due to the keen senses they had, because they believed that in the absence of vision, these were compensated with other skills" (Leal, 2015, pp. 136-137), continued to be perpetuated.

With the arrival of the Middle Ages, it was observed that each civilization conceived blindness in a way: some continued to believe in the idea of blindness as a disgrace or punishment; others, based on benevolence, created institutions, worried about welfare, and gathered blind people in one space; still others, believing that the blind could develop as non-blind people, tried to create the rudiments of writing methods for the blind.

<sup>1</sup> For De Certeau (2000), in the historiographical operation, every historian produces the document, through the "gesture to separate, to gather, to transform otherwise distributed objects into certain documents" (p 81.); thus creating a new distribution, which responds to new needs and acquires different meanings.



The Modern Age, with its major changes, significantly influenced the lives of blind people. The invention of printing, for example, brought several methods for teaching reading and writing to the blind, having as its larger precursor Valentin Haüy. Despite the advances, however, the conceptions of the divine origins, mystical and sinful blindness remained throughout the Modern Age.

With the Contemporary world, although many conceptions prevail, especially the compensation of the senses, as in other years, we cease to think of the welfare policy to give rise to the concern about the learning and development of blind people, allowing them the right to attend schools and universities.

It turns out thus, based on this brief summary, that first, many were the steps taken by blind people to achieve the recognition that they develop like anyone else, just using different resources. Second, the compensation was always an important factor and analysis in the history of blindness; at times, because it was conceived as a divine gift, at other times, because they believed that it occurred naturally. And third, because in very few moments was the compensation seen as a "development process constituted in the relationships between individuals affected by vision loss and the people around them" (Leal, 2015, p. 138).

Therefore, it is only from 1907 when Alfred Adler describes his theory of the inferiority of the organs, which in fact we start to think of compensation no longer as a divine or natural gift, but as a process performed by the nervous system and the central psychic apparatus to compensate for morphological or functional failure of an organ. As explained by Adler (2012), a psychic substructure, which aims to strengthen the weak and threatened body, is created on the organ or defective function. This is so because, in contact with the external environment, there is a conflict caused by the mismatch of the body or poor function, creating the feeling of inferiority, which will serve as a driving force for the psychological development of personality.

In the case of blindness, according to Adler (1993), if the organ of vision is originally committed, then an enhanced mental vision and functional capacity of the central nervous system fulfills the role of the compensating agent and can thus be revealed by reflex, by sensitive reactions and heightened sensations. Or, as stated by Vygotsky (1997a), based on Adler, blindness "is not only a defect, a deficiency, a weakness, but also, in a sense, a source of revelation skills, an advantage, a force [...]" (p. 99). And as this "action force of the inferior body increases qualitatively and quantitatively, the child [...] finds in itself, with surprising frequency, the means to raise the sense of its own worth" (Adler, 1993, p. 54).

As Luria claims (apud Vygotsky: Luria, 1996), "the auditory and tactile sensations a seeing person has remain dormant under the rule of his/her vision, are mobilized by the blind and used with an unusual degree of fullness and sensitivity" (p. 223).

Lowenfeld (1981), when describing how learning occurs in the blind person, with the help of other senses, adds:

[...] The perception of color is only a visual function, which cannot be achieved by any other organ. [...] However, [the blind] acquire substitutive ideas of colors, because they live in a world that sees, that makes constant use of observations and references about colors. These ideas are based on verbal, sensory and emotional associations. (p. 71)

Proving thus, Adler's (1993) claim that the balance by compensation is assured. In his

words, "the inferior organs are endowed with a great power of compensation and over-compensation, which increases the individual's ability to adapt to ordinary and extraordinary obstacles, and that favors the creation of new and higher forms and functions" (p. 56).

When referring specifically to the education of people with disabilities, Adler (1959) states that it is necessary to form an ideal fellow citizen, "we must act with active force, to stimulate this work, for the child to develop with this purpose" (p. 26). It will be therefore in the teacher's to identify the defects and to find a way to take the child as far as the others. It is through education that we will awaken in children the knowledge of themselves and the factors that contribute to overcoming these defects.

It can be concluded, then, that to know the historical and social reality in which the concept of compensation was created and its impact on the person with blindness allowed us, by taking the "blind acceptance of subtle, insidious and often powerful Selbstverständlichkeiten<sup>2</sup> that makes up the zeitgeist within which we work" (Wertheimer, 1998, p. 39) to look at three key issues. First that, along the very history of blindness, even if misguided and guided by mystical or miraculous conceptions, the compensation process was present. Second, to understand the compensation process as a resource, a tool that aids in the learning process and development of blind people, we can find a key to what today is called inclusive education or education for all. And third, "in order to leave the insidious discourse of the impossibilities of the blind person education in regular classrooms for an understanding of the possibilities and the realization of the fact that practices generate learning and development" (Leal, 2015, p. 146), we still need to reflect deeply, nowadays, as Vygotsky (1997) already pointed out at the beginning of the last century (XX), on the theories that support the concept of compensation and its effective implementation in social and school practices with blind people.■

## **Referencias/References**

Adler, A. (2012). Study of organ inferiority and its psychical compensation. A contribution to clinical medicine [Estudio de la inferioridad de órganos y su compensación psíquica. Una contribución a la medicina clínica] (S. E. Jelliffe, Trad.). USA: Nabu Public. (Work originally published in 1923).

Adler, A. (1993). El carácter neurótico [The neurotic character] (2ª reimp.) (A. von Ritter-Zahony y P. F. Valdés, Trad.). Barcelo: Ediciones Paidós. (Work originally published in 1912).

Adler, A. (1959). La psicología individual y la escuela [Individual psychology and school] (6ª ed.) (J. Salas, Trad.). Buenos Aires: Editorial Losada. (Work originally published in 1930).

De Certeau, M. (2000). A escrita da história [The writing of history]. (M. L. Menezes, Trad.). São Paulo: Forense Universitária. (Work originally published in 1975).

Franco, J. R.; Dias, T. R. S. A pessoa cega no processo histórico: um breve percurso [The blind person in the historical process: a short route]. Recuperado em 16 de março de 2016, de <http://camaradeparaguacu.mg.gov.br/escola/wp-content/uploads/2014/01/A-pessoa-cega-no-processo-histórico.pdf>.

<sup>2</sup> Selbstverständlich natural; obviously, of course, self-evident (Dict.cc Deutsch-Englisch-Wörterbuch. Retrieved on March 28, 2016 of [www.dict.cc](http://www.dict.cc)).



- Langenscheidt. (2011). Taschenwörterbuch Portugiesisch. Berlin, München: Langenscheidt.
- Leal, D. (2015). *Compensação e Cegueira: um estudo historiográfico* [Compensation and blindness: a historiographical study]. Jundiaí, SP: Paco Editorial.
- Lowenfeld, B. (1981). Berthold Lowenfeld on blindness and blind people: select paper [Berthold Lowenfeld sobre la ceguera y las personas ciegas: textos seleccionados]. New York, USA: America Foudation for the Blind.
- Vygotski, L. S. (1997a). El niño ciego [The blind child] In: *Fundamentos de Defectología* [Fundamentals of Defectology] (pp. 99-113). *Obras Escogidas* (Tomo V). Madrid: Visor. (Work originally without publication date).
- Vygotski, L. S. (1997b). El defecto y la compensación [The defect and compensation] In: *Fundamentos de Defectología* [Fundamentals of Defectology] (pp. 41-58). *Obras Escogidas* (Tomo V). Madrid: Visor. (Work originally published in 1927).
- Wertheimer, M. (1998). Pesquisa Histórica – Por quê? [Historical research - Why?] In: Brözek, J.; Massimi, M. (orgs). *Historiografia da Psicologia Moderna – Versão Brasileira* [Historiography of Modern Psychology] (pp. 21-41). São Paulo: Edições Loyola.

# Otra escuela es posible

**Tania Rodríguez**

La Psicología Adleriana corre por tres carriles fundamentales, a saber, educación, counselling y psicoterapia. Es esta diversidad de posibilidades las que nos permiten diagramar múltiples planes de acción aplicables a distintos campos posibles de intervención.

En esta oportunidad me pregunto ¿de qué manera podemos tomarnos de la mano con la escuela pública para transitar senderos comunes en nuestra labor?

Cuando pensamos en la escuela pública, cuya característica como institución estatal en nuestro país es ser laica, gratuita y obligatoria; podríamos decir, de un modo sumamente esquemático, que su principal función es brindar herramientas que le permitan al niño prepararse para la vida adulta. Esto consiste en procesos de transmisión de conocimientos a través de una modalidad vertical, es decir, desde arriba hacia abajo, desde quien tiene el saber hacia quien no lo tiene.

Actualmente asistimos a tiempos donde la escuela pública evidencia la necesidad de repensarse y reconstruirse en función de las vicisitudes que debe afrontar. Este es un gran desafío que requiere necesariamente de un proceso que implique la conjunción de múltiples áreas, entre ellas nuestra disciplina como un gran pilar que se muestra prometedor, puesto que la psicología adleriana tiene elementos para colaborar con las necesidades establecidas.

En palabras de Madelaine Ganz la psicología adleriana se singulariza por "...servir de base a una "pedagogía" capaz de educar los niños y reeducar los adultos. Su función es preventiva y terapéutica". (M. Ganz, 1938)

Partimos de una premisa fundamental que establece que para educar al niño es necesario comprenderlo y para esto tomamos los aportes adlerianos de que el sentimiento comunitario es de alguna forma inherente al ser humano y es lo que va a conformar la base para su posterior desarrollo como ser social. Si bien, la psicología de Alfred Adler liberó al hombre de la culpa a la vez que lo grabó con la responsabilidad, y en este sentido la persona va a ser quien estipule las decisiones que toma para su vida, no dejamos de reconocer que la herencia y el medio son influyentes, aunque no determinantes. Y es por ello que en esta oportunidad trataremos de pensar la manera en como el medio puede favorecer a que prospere el sentimiento comunitario en el niño en mayor o menor medida según sea el estilo de educación que reciba.

Es decir, van a ser varios los factores que intervengan en la constitución de su estilo de vida, pero siempre va a haber una condición, y es que a mayor sentimiento de inferioridad, menor sentimiento comunitario. En este caso, estaríamos ante una persona desalentada, que ha creído o comprendido algunos aspectos de la vida, de manera errónea y por ende se conduce de manera equivocada. Es aquí donde la terapéutica pasa por la reeducación, permitiendo acercarse a aquellas falsas creencias que lo llevan a realizar

acciones que luego no alcanzan el fin deseado por el niño. A este proceso de revelar Spiel lo llama "puente de plata" (O. Spiel, 1970). En la medida en que el niño pueda comprender su actitud errónea y de dónde proviene, entonces podrá aceptar mejor su equivocación. Solo la comprensión de sí mismo le permitirá abandonar el camino equivocado y adoptar nuevas actitudes para alcanzar nuevas metas.

Otro aspecto a tener en cuenta cuando hablamos de reeducación, es la importancia de incluir en dicho trabajo a los padres y educadores, dado que constituyen un elemento central del medio en el cual se desarrolla el niño y son los agentes que determinan el estilo de educación que este recibe.

También es importante abordar el aspecto preventivo, aquí volvemos a M. Ganz (1938) quien nos recuerda un aspecto que es fundamental y que lamentablemente en los tiempos en que vivimos parece no apreciarse la importancia del mismo y es que los niños deben desarrollarse de la manera más natural posible. Aquí nos enfrentamos a una gran gama de situaciones. Una de ellas puede ser pensar que si está en la naturaleza del niño el aprehender su medio a través de su cuerpo, ¿cómo logramos que se puedan respetar las normas necesarias dentro del aula que le permita al educador desarrollar su trabajo?

Estos son aspectos que resultan un desafío que debemos afrontar. Recuerdo una maestra de nivel inicial que se dirigía al salón por los pasillos de la escuela con sus alumnos de cuatro años y uno de ellos iba de manera inquieta desarmonizando el orden de la fila con sus compañeros, su maestra furiosa tomándolo de la mano le decía: "¿no puedes controlar tu cuerpo?". La respuesta a esta pregunta es algo que una maestra debería conocer.

Un objetivo a plantearnos tiene que ver con trabajar la prevención apuntando al incremento en el desarrollo del sentimiento comunitario en el niño, favoreciendo la confianza en sí mismo al tiempo de que sus logros hagan disminuir su natural sentimiento de inferioridad. ¿Cómo haríamos esto? Alentando al niño, permitirle descubrir sus fortalezas y apropiarse de ellas y dejando de lado todo aquello que constituya comportamientos no deseados. Esto no significa no prestar atención a esta área sino limitarse a ver las consecuencias de sus propios actos.

Si lográramos tener estos conocimientos en la escuela, estaríamos acudiendo a lo que Spiel llama "Escuela Educativa" (O. Spiel, 1970) donde no sea enseñar por enseñar sino enseñar para educar, es decir, enseñar no solo como una transmisión de conocimiento sino a demás como una educación para formar al individuo, entendido éste desde la concepción adleriana. Y es de esta forma que la escuela puede contribuir al desarrollo del sentimiento comunitario. Coincidiendo con Spiel que para que esto se logre, es necesario una reestructuración de la institución escuela, donde entre otras cosas, el maestro a demás de transmitir conocimientos deberá educar.

Se propone como base dos pilares sobre los cuales se basa la educación de la escuela experimental adleriana, que están interrelacionados y consisten en alcanzar la independencia pero siempre desde lo comunitario; es decir desde la cooperación con los que lo rodean a través del respeto y la aceptación del otro. Aquí se opta por una educación más libre o natural, donde los niños crecen y se desarrollan gracias a las múltiples interacciones sociales con sus pares.

Para ir cerrando estas reflexiones me gustaría nombrar la falta de la inclusión de la psicología en el ámbito educativo. No me refiero aquí al psicólogo como diagnosticador o agente de solución de conflictos emergentes, cuya importancia no dejo de reconocer; sino que hago referencia al trabajo profesional de intervención conjunta con otras disciplinas que permitan comenzar a dar respuestas a las necesidades a las que asiste hoy la educación. ■

# Another school is possible

**Tania Rodríguez**

**A**dlerian psychology runs through three main channels: education, counselling and psychotherapy. This diversity of possibilities is what allows us to diagram multiple action plans, applicable to different possible fields of intervention.

In this opportunity, I ask myself, In which ways can we reconcile our discipline with the public school system and travel the same roads in our labor?

When we think about the public school, whose characteristic, as an state institution in our country, is to be secular, free of charge and compulsory; we might say in a very schematic way, that its main function is to provide tools which will enable the child to prepare for adulthood. This function consists of process of transmission of knowledge through a vertical modality, from the one who possess the knowledge to the one who does not.

Nowadays, we are spectators of a time where public school is evidencing the urgency of re-thinking and re-building itself in function of the vicissitudes that it must face. This is a great challenge that requires, necessarily, a process that implies the conjunction of multiple areas, among them, our discipline as a major mainstay that shows itself as very promising, because adlerian psychology has elements to contribute with the established requirements. In the words of Madeleine Ganz, adlerian psychology singles itself for "serving as a base of pedagogy, capable of educating children and re-educating adults. Its function is preventing and therapeutic." (M. Ganz, 1938)

We start from a basic premise which establishes that in order to educate a child is necessary to comprehend said child, and we resort to the adlerian contributions, which states that the community sense is, in some way, inherent to the human being, and this is what will conform the base for its ulterior development as a social being. While Alfred Adler's psychology freed men of the guilt, at the same time it burdened him with the responsibility, and in this sense it will be the individual who stipulates the decisions that which he or she takes for his or her life; we acknowledge that heritage and environment are influential, but not determinant. And it is because of this that in this opportunity we will try to think the way in which the environment can promote a sense of community to thrive in the child in a larger or smaller measure depending on the style of education received.

There will be several factors involved in the constitution of lifestyle, but it will always be a determining condition: the greater the feeling of inferiority, the less the sense of community. In this case, we will be in front of a discouraged person, who has believed or understood some aspects of his life in a wrong way, and in consequence, conducts himself in a wrongful manner. It is in this point where the therapeutic is about re-education, enabling to get closer to those false beliefs which conducts to take some actions that, later, do not achieve the desired end by the child. This process of revelation, Spiel

calls "the silver bridge" (o. Spiel, 1970). In the extent that the child can understand his or her wrongful attitude and its origin, then he or she can accept his or her mistake. Only self-understanding will enable him to abandon his wrongful path and adopt new attitudes towards achieving new goals. Another aspect to consider when we talk about re-education is the importance to include the parents and educators in this work, because they constitute a central element in the environment in which the child develops, and they are the agents which determine the educative style that this child will receive. It is also important to address the preventive aspect, and to this point we return to M. Ganz (1938), who reminds us of one main aspect that, regrettably, nowadays it seems unworthy of appreciation, this is: children should develop as naturally as possible. Here we face a wide range of situations. One of them may be in thinking that if it is in the child's nature to apprehend his environment through his body, How do we achieve the necessary respect for the rules in the classroom, which enable the educator to conduct its labor?

This are challenging aspects which we must confront. I remember a kinder garden teacher going to the classroom through the halls of the school with her four-year-old students, and one of them was going in a restless manner, disrupting the harmony of the queue order with his classmates, and this teacher, furiously taking his hand, said: "Can't you control your body?". The answer to this question is something a teacher should know.

One goal to set relates to work with the prevention, aiming for an increase in the development of the community sense in the child, favoring self-confidence, while his achievements may diminish his natural sense of inferiority. How can we do this? Encouraging the child, allowing him or her to discover his or her strengths and apprehending them, leaving behind what constitutes unwanted behavior. This does not mean not paying attention to these areas of unwanted behavior, but to limit it only to allow the child to see the consequences of his or her actions.

If we could manage having these knowledge in school, we would be accessing what Spiel calls "educative school" (O.Spiel, 1970), which establishes not teaching for the mere act of teaching, but teaching to educate. This implies not only teaching as a transmission of knowledge, but also as an education capable of forming the individual, understood in an adlerian conception. It is in this way that the school can contribute to the development of community sense. We agree with Spiel that in order for this to happen, a re-structure of the institution of school is necessary, where, among other issues, the teacher will not only transmit knowledge, but it also must educate.

Adlerian experimental schooling rests over two main pillars, inter related, which consists of achieving independence, but always coming from the community; this is, from the cooperation of who surrounds the child through respect and the accepting of others. We opt for a more free or natural education, where children grow and develop thanks to the multiple social interactions with their peers.

To conclude this reflections, I would like to point out the lack of inclusion of psychology in the educational field. I do not refer to the psychologist as a diagnoser or as an agent of solution of emerging conflicts, which I do not discard in importance. However, I allude to the professional work of conjunct intervention with other disciplines that allow to start giving answers to the needs of the school nowadays. ■



## **Referencias/ References**

- Ganz , M .: The Psychology of Alfred Adler and the development of the child, 1938 Madrid, Espasa -Calpe , S.A.
- Spiel , O .: Discipline Without Punishment , 1970 Barcelona , Editorial Luis Miracle , S.A.

# Intervención psicológica para personas que viven con VIH / SIDA - Una aproximación adleriana

**Fulvia Ursoiu**

## Introducción

Las personas infectadas con VIH necesitan un apoyo psicológico más complejo comparado con la población general, debido a que se enfrentan a una mayor presión psicológica. No es necesario ni suficiente esperar la confirmación de un diagnóstico psiquiátrico con el fin de ofrecer apoyo psicológico a las personas que viven con el VIH / SIDA.

Podemos identificar que en las intervenciones psicológicas es adecuado una exploración en más de un nivel:

- Asesoramiento pre-test de VIH
- Asesoramiento post-test de VIH
- Asesoramiento sobre el estado de VIH a la familia, los amigos y los empleadores
- El apoyo psicológico en el tratamiento del dolor crónico debido a los efectos secundarios del tratamiento, las infecciones oportunistas, otros problemas de salud asociados con la infección por VIH.
- Ayuda psicológica para el estigma: las personas que viven con el VIH / SIDA se ven afectadas por doble estigma - estigma del VIH / SIDA y el "estigma" por recibir ayuda psicológica, por lo que es menos probable que recurran a este tipo de servicio por su propia iniciativa
- Intervenciones psicológicas para los trastornos psicológicos tales como: depresión, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, manía, trastornos de uso de alcohol y drogas, trastornos de la personalidad
- La intervención psicológica para la adherencia a la terapia antirretroviral: teniendo en cuenta que esta terapia es un tratamiento de por vida, los pacientes pueden querer renunciar a su tratamiento, por algunas razones psicológicas: "cansancio terapéutico", los efectos secundarios, la desesperación, la vida sin sentido.
- Ayuda psicológica para un bienestar general: con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas infectadas
- Apoyo psicológico para enfermedades psicológicas crónicas e intentos de suicidios
- Ayuda psicológica a las personas mayores que viven con el VIH / SIDA
- Ayuda psicológica a los niños huérfanos de padres con VIH / SIDA o el apoyo para el bienestar psicológico de los niños afectados por el VIH / SIDA.

El apoyo psicológico debe vigilar constantemente las personas que viven con el VIH / SIDA para detectar signos de estrés, y es responsable de la elaboración de medidas para reducirlo. Con el fin de lograr este objetivo, quienes ofrecen apoyo psicológico, básicamente, deben tener buenas habilidades sociales y mostrar dedicación, disposición e interés en ayudar a los "necesitados"; las pruebas psicológicas empleadas en la detección de trastornos psiquiátricos deben ser validadas específicamente en términos de las condiciones diagnósticas que están diseñadas para predecir.

Una buena intervención psicológica tiene más de un resultado a corto y largo plazo:

- un mejor manejo psicológico del choque diagnóstico y divulgación de estado
- disminución de conductas de riesgo generadas por la depresión y el estigma como los comportamientos sexuales de riesgo, el alcohol y el abuso de drogas
- Aumento de la cooperación con médicos especialistas y la adherencia al tratamiento
- Desarrollo de mecanismos de afrontamiento adaptativos o constructivos para el paciente y reducir los efectos de los mecanismos de supervivencia de mala adaptación que son contraproducentes, como la negación, el aislamiento o actitudes antisociales
- Incrementar el bienestar, la calidad de vida en todas las tareas de la vida: el trabajo, el amor, la vida social, el aumento de la autoestima, fomentando de forma permanente en el paciente hacer frente a la vida real

Las personas que viven con el VIH / SIDA no piden ayuda por las siguientes situaciones:

- están muy afectados por la enfermedad: física y psicológicamente
- ellos ya se han visto afectados por un trastorno psicológico
- personas cuya condición se está deteriorando rápidamente
- Las personas pertenecientes a grupos de riesgo altamente estigmatizados

El estigma actúa como una barrera para las personas que viven con el VIH / SIDA para pedir ayuda.

El terapeuta debe tener una buena comprensión de esta enfermedad, qué es el tratamiento y sus efectos secundarios, impacto psicológico, fondo psicosocial, cultural y religioso, con el fin de ver con los ojos del cliente, oír con sus oídos y sentir con su corazón como Alfred Adler nos enseñó.

### **El propósito del sufrimiento. La víctima**

La intervención adleriana no puede pasar por alto el sufrimiento de las personas que viven con el VIH / SIDA, que dentro de ciertos límites tiene su razón, a veces, y no raramente se utiliza como un propósito. Alfred Adler hizo hincapié en que todas las formas de vida se están moviendo y cada movimiento tiene que tener un propósito. Cuando un individuo actúa de una determinada manera, debe preguntarse por qué hace eso. Es absolutamente natural que una persona infectada por el VIH tienda a sufrir sobremanera, sentir la tristeza y a veces, sentirse solo. Pero cuando esta persona se niega a relacionarse con los demás, para cuidar de sí misma, para realizar las tareas que fácilmente podría hacer, pidiendo todo el tiempo la ayuda de los demás, nos encontramos en la situación en la que esta persona está utilizando el sufrimiento como un objetivo (explosión del trauma) .

La emoción más frecuente de personas que viven con el VIH / SIDA es el sufrimiento continuo. Estas personas se consideran víctimas, culpables, incluyendo a sí mismos, para su mala suerte, y se sienten maltratados o desafortunados. Frecuentemente, la persona infectada se siente triste e impotente.

Muchas veces, las personas infectadas con el VIH / SIDA acusan diferentes síntomas que interfieren con sus actividades. Nosotros, como terapeutas, debemos investigar cada vez, la medida en que este síntomas tienen bases médicas o que se trata de sín-

tomas psicósomáticos.

## **Estilo de vida**

Las personas que viven con el VIH / SIDA tienen una reacción diferente a la enfermedad, a la sociedad, y pueden responder de manera diversa a los retos, y todo esto depende lo que los adlerianos llaman "estilo de vida". En esencia, el estilo de vida es el conjunto de principios, el conjunto de actitudes (Mosak, 1954) que utilizamos con el fin de ayudarnos a encontrar nuestro lugar en la vida. Sin embargo, estas creencias no pueden ser objetivos ciertos. "Todas las creencias son correctas desde el punto de vista del observador" (Dreikurs, 1972, p.41). Estas creencias se forman dentro de la familia y la red social temprana, donde el niño aprende sobre sí mismo, sobre los demás, sobre el mundo, sobre los valores y la ética. Lo que funcionó para ellos en su familia, los individuos tratan de recrear en el mundo, y de alguna manera, animar a los otros a reaccionar de formas que validan sus expectativas.

## **Constructos adlerianos: concepto de sí mismo, pertenencia al mundo y la cooperación con los demás, decisiones**

Una persona aprende los principios de desarrollo ético, que pertenecen al mundo, y la cooperación con otros de su familia y la red social temprana. Los conceptos adlerianos más importantes son: el sí mismo (soy ...), pertenencia en el mundo (El mundo es ...), la cooperación con los demás (La gente es ..., las mujeres son ..., los hombres son .. ..) y las decisiones de una persona están realizando en la etapa temprana de la vida (he decidido ...) representa herramientas útiles para trabajar con las personas infectados por el VIH. Las escalas de calidad de vida para estos pacientes contienen varios elementos sobre el concepto de sí mismo, la autoestima, las relaciones sociales, las actividades diarias, el trabajo, el medio ambiente de vida, formas de relajación, las creencias personales y perspectivas futuras. El Auto-concepto es muy importante en el proceso de nuestras comparaciones, evaluaciones y juicios. El auto-concepto también refleja el resultado de la comparación entre las autoevaluaciones y las expectativas. Una discrepancia extrema entre auto-concepto e ideal de yo dará lugar a un complejo de inferioridad. Las personas infectadas con el VIH / SIDA, con excepción de aquellos que se infectaron antes o durante el parto, están viviendo dos períodos de tiempo: antes de la infección y después de la infección (quién era y lo que soy). El constructo ideal del yo no se puede modificar fácilmente y esto aumentará los sentimientos de inadecuación de personas que viven con el VIH / SIDA. El ideal del yo tiene una característica imprescindible, para que las personas desarrollen lo que Ellis denomina "expectativas catastróficas". Está muy claro ahora por qué la depresión es un trastorno muy común en la infección por VIH.

Las creencias éticas son importantes para ser conocidas y analizadas desde el punto de vista individual, y también desde el punto de vista social. Estas creencias, similar a las creencias del yo ideal son imprescindibles, contiene "deber ser", "esto es correcto" y "no debes hacer esto". Aquí nos encontramos con todos los aspectos culturales y religiosos de la sociedad. Sin embargo, todavía existen religiones que ven el tratamiento médico como un problema ético.

Cuando existe una discrepancia entre: auto concepto e yo ideal, la gente tiene sentimientos de inferioridad, entre el propio concepto y "Weltbild" (concepto del mundo), la gente tiene sentimientos de inadecuación, y, por último, entre el autoconcepto y las

expectativas éticas, la gente tiene sentimientos de culpa. La psicología adleriana ayuda a las personas a desarrollar un incremento en la autoestima, ajustar adecuadamente el ideal del yo y los sentimientos de pertenencia y disminuir lo más posible "el deber ser" de las creencias éticas.

Los sentimientos de inferioridad conducen a una disminución de la autoestima. Y como los sentimientos de inferioridad siempre implican una comparación con los demás, la gente va a desarrollar un sentimiento de aislamiento social, de no pertenencia. Por lo tanto, el propósito de cualquier rehabilitación psicológica es -- disminuir los sentimientos de inferioridad y -- aumentar el sentimiento de pertenencia. (Mosak, p.53)

### **Las tareas de la vida**

Las personas que viven con el VIH / SIDA se están encontrando en un gran dilema cuando se trata de tareas de la vida. Tras el diagnóstico, se debe analizar y ayudar a reorganizar su vida. Su vida podría verse afectada en los aspectos más importantes: la integración social, el trabajo (ocupación) y el amor (comportamiento sexual). Adler encuentra que todas estas tareas están interconectadas, ninguno de estos problemas se pueden resolver por separado, cada uno de ellos tiene el enfoque de los otros dos. (Adler, p.239). De hecho, es muy complejo para una persona infectada \_ encontrar un socio o un buen trabajo, si él / ella se auto aíslan. En la misma lógica, una persona feliz con su / su trabajo y relación, se convertirá en un integrador social más fácilmente. Es por eso que el aumento de la sensación de la comunidad de personas que viven con el VIH / SIDA es fundamentalmente importante para una intervención psicológica eficiente. Por lo tanto, desde el punto de vista de Adler, estamos frente a un gran desafío: nuestros pacientes se aíslan con frecuencia de las personas, a veces debido a la estigmatización de la sociedad, a veces a causa de su propia elección. Nuestros pacientes se sienten inadecuados, discriminados, diferentes de los demás. Pero, desafortunadamente, debido al estigma, todavía las personas que viven con el VIH / SIDA no reclaman sus derechos, no se quejan, no piden ayuda. La acumulación de frustraciones tiene consecuencias en romper el nivel psicológico a largo plazo. La baja autoestima y la alienación social, acompañados a veces por la culpa de la infección, conducen al desarrollo o agravamiento de algunos trastornos psicopatológicos. Después de eso, se necesitan intervenciones psicológicas a largo plazo.

Conocer el diagnóstico de la infección por el VIH es un verdadero shock para la gente, y aunque ya no es una enfermedad mortal, gracias a la terapia antirretroviral, muchas personas comienzan a pensar en los problemas existenciales, convirtiéndose en filósofos existencialistas o religiosos. El enfoque religioso puede ser diferente de persona a persona, de iglesia en iglesia, de una religión a otra: Dios puede estar enojado sobre el pecador, o puede ser un Dios de amor, un padre que muestra la buena voluntad de sus hijos. Los ateos tienen una manera filosófica de ver la vida y la muerte, que se preocupan de dar sentido a la vida, un propósito, para explicar objetivamente lo que está sucediendo en su vida. Sus soluciones son procedentes de un análisis introspectivo, no de otros. Los ateos no son tan vulnerables a la sentencia de la sociedad, pero no esperan la ayuda de cualquier divinidad y no tienen la esperanza de vida después de la muerte. Las personas religiosas buscan la salvación desde el exterior: de Dios, de la iglesia y su bienestar depende de la interpretación de la comunidad de su situación. Hablamos aquí de dos "locus de control" diferente y esto será importante trabajar en la terapia con conocimiento previo y preciso sobre los tópicos expuestos.

## Sentimientos de culpa

Como todo el mundo rompe las reglas a veces, la culpa es un resultado inevitable de la vida social. Las personas que viven con el VIH / SIDA pueden tener sentimientos considerables de culpa como consecuencia de diversos problemas: las creencias éticas, labilidad de la autoestima (discrepancia entre el propio concepto y los ideales del yo, sentimientos de inferioridad, de inadecuación), pero los sentimientos de culpa deben ser inculcados por la comunidad de los individuos debido a algunos aspectos culturales, religiosas o a ignorancia. Dreikurs era muy cauteloso e hizo una clara distinción entre culpa y sentimientos de culpa. Mostró que podemos ser culpables, pero no tener sentimientos de culpa y viceversa alguien puede tener sentimientos de culpa, sin ser culpable. (Dreikurs, 1967, p.230). Si queremos vivir en una sociedad con igualdad social, no tendríamos necesidad de sentimientos de culpa. En una sociedad jerárquica, los sentimientos de culpa son un método para mantener bajo control a la persona o grupo de personas. (Dreikurs, 1967, p.231). Aunque, sabemos que debemos comportarnos de una manera, nos comportamos de otra (Dreikurs, 1967, p.232) y producir como consecuencia los sentimientos de culpa por nosotros mismos y además, una actitud activa antisocial.

## Análisis de primeros recuerdos para las personas que viven con el VIH / SIDA

Una de los primeros aspectos a analizar son los recuerdos de las personas que viven con el VIH / SIDA y podría ser de siguiente forma:

Yo soy \_\_\_\_\_  
 Impotente                      Inadecuado                      Un buen tipo que intentó todo  
 Débil                              En peligro  
 Inocente                         Discriminado

YO \_\_\_\_\_  
 Trabajo duro, pero nada parece llegar a ninguna parte  
 Nada está funcionando para mí  
 No tendré éxito en todo  
 No reconocido

Cooperación con otros - Primeros recuerdos de las personas que viven con el VIH / SIDA , podrían mostrar las siguientes actitudes hacia otras personas

Otra gente

\_\_\_\_\_

Es posible aprovecharse de mí  
 Es posible herirme  
 Es posible hacer mi vida dura  
 Deben cuidar de mí  
 Me evitan, me ignoran  
 Tienen una actitud dura hacia mí



## Sentimientos de pertenencia en el mundo

Las actitudes de las personas que viven con el VIH / SIDA sobre el mundo, la vida y el origen social podrían ser:

El mundo es \_\_\_\_\_

Contra mí

Lleno de mala suerte

Inesperado catastrófico

Confuso a veces

Por lo general, peligroso

Caótico, nada se puede planificar

## Asesoramiento y psicoterapia para las personas que viven con el VIH / SIDA

Se recomienda a las personas infectadas con el VIH asistir a sesiones de asesoramiento o la psicoterapia, dependiendo de la severidad de los síntomas y de la buena voluntad del sujeto. Por supuesto, se seguirá una metodología diferente. Se recomiendan sesiones de asesoramiento para: VIH pre-test y post-test, la divulgación estatus de VIH a la familia, amigos y empleadores, el manejo del dolor crónico, el aumento de la cooperación con médicos especialistas y la adherencia al tratamiento, la gestión de crisis existencial; la psicoterapia es muy recomendable para el apoyo psicológico en evitar la estigmatización, por la disminución de los comportamientos de riesgo generados por la depresión y el estigma, para los trastornos psicológicos tales como: depresión, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, manía, trastornos de uso de alcohol y drogas, trastornos de la personalidad; las intervenciones psicológicas para la adherencia a la terapia antirretroviral cuando la razón de la falta de adherencia es psicológica; apoyo psicológico para un bienestar general; apoyo psicológico a las enfermedades psicológicas crónicas e intentos suicidio.

La intervención psicológica en el enfoque de Adler para las personas que viven con el VIH / SIDA siguen la metodología general de la terapia adleriana:

- promover la persona en la toma de decisiones para mejorar la calidad de vida
- Aumentar la autoestima
- Flexibilizar creencias éticas
- Mejora del auto-conocimiento
- Disminución de sentimientos de culpa
- Aumento sentimiento de pertenencia, sentido de comunidad
- Integración comunitaria
- Aumento de la contribución personal para la comunidad
- Incremento la calidad de vida en todas las tareas

Voy a presentar aquí dos casos de personas que viven con el VIH / SIDA que recibieron apoyo psicológico.

Uno de los casos es de una mujer, de 26 años de edad, infectados con el VIH en la infancia por parte de algunos tratamientos médicos inadecuados. Ella sabía del diagnóstico a los 12 años de edad. Sus primeros recuerdos se reúnen todas las características de un hecho aislado, impotente, persona infeliz:

- Soy Indefensa, desafortunada, discriminada
- No me quiere, todo el mundo me ignora, evita y rechaza
- El Mundo es, sin embargo, no pertenezco a ninguna parte, no puedo encontrar mi lugar
- No sé qué hacer con mi vida.

La mujer no tiene sentimientos de culpa, pero ella se siente sola y triste. El asesoramiento se ha hecho en una situación de crisis existencial. Los resultados fueron los siguientes: la paciente aumenta su autoestima, ella se animó a buscar un empleo con el fin de obtener la independencia financiera, aumentó su contribución personal en actividades sociales, incrementó el sentimiento de comunidad.

Segundo caso es el de un hombre, de 42 años de edad, infectados con el VIH hace 5 años, con problemas personales y sociales. Con frecuencia fue hospitalizado por deterioro de las células CD. Afirma ser adherente a la terapia antirretroviral. Su estado de salud se agrava por la ansiedad. Sus primeros recuerdos muestran problemas no resueltos:

- Estoy mal entendido, no estoy de acuerdo, tengo que descansar
- Los Otros quieren aprovecharse de mí, me harán daño, me rechazan
- El mundo está vacío, sin sentido, inútil\_
- Y he decidido vivir de todos modos

El hombre tiene sentimientos de culpa. No tuvo éxito en el mantenimiento de cualquier relación. Se siente solo y no encuentra una razón de su existencia. El asesoramiento se ha hecho en una situación de crisis existencial. Los resultados fueron los siguientes: el paciente fue capaz de superar el ataque de pánico, el cliente aprende un enfoque existencialista-filosófico de la vida y comenzó a búsqueda de sentido de la vida en la comunidad.■

# Psychological intervention for people living with HIV/AIDS – an adlerian approach

**Fulvia Ursoiu**

## Introduction

People infected with HIV need a more complex psychological support comparative with general population, because these people face a greater psychological pressure. It's not necessary or adequate to wait for the confirmation of a psychiatric diagnosis in order to offer psychological support for people living with HIV/AIDS.

We can identify that psychological interventions is appropriate at more than one level :

- Pre-test HIV counseling
- Post-test HIV counseling
- HIV status disclosure to family, friends and employers counseling
- Psychological support in chronic pain management due to the secondary effects of the treatment, opportunistic infections, other health conditions associated with HIV infection
  - Psychological support for stigma : people living with HIV/AIDS are affected by double stigma – HIV/AIDS stigma and stigma for receiving psychological help, so is less likely to turn to these kind of services on their own initiative
  - Psychological interventions for psychological disorders such as : depression, anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, mania, alcohol and drug use disorders, personality disorders
  - Psychological intervention for adherence to antiretroviral therapy : taking into account that this therapy is a life-long treatment, the patients may want to give up their treatment, by some psychological reasons : “therapeutic tiredness” , side effects, despair, life meaningless
  - Psychological support for a general well-being : in order to enhance the quality of life of infected people
    - Psychological support for chronic psychological illnesses and suicide attempts
    - Psychological support to older people living with HIV/AIDS
    - Psychological support to orphan children from parents with HIV/AIDS or support for psychological well-being of children affected by HIV/AIDS.

Psychological support must constantly monitor the people living with HIV/AIDS to detect signs of stress, and is responsible for developing measures to reduce it. In order to achieve this aim, those who offer psychological support must basically have good people skills and show concern, willingness and interest in helping those in need; psychological tests employed in screening for psychiatric disorders must be validated specifically in terms of the diagnostic conditions they are designed to predict.

A good psychological intervention has more than one result on short and long term :

- a better psychological management of the diagnosis shock and status disclosure

- decreasing of risk behaviors generated by depression and stigma as risky sexual behaviors and alcohol and drug abuse
- increasing cooperation with medical specialists and treatment adherence
- developing adaptive or constructive coping mechanisms for the client and reduce the effects of the maladaptive coping mechanisms which are counterproductive such as negation, isolation or antisocial attitudes
- increasing the well-being, the quality of life in all the life tasks : work, love, social life, increasing self-esteem, encouraging permanently the client to face the real life

People living with HIV/AIDS don't ask for help in the following situations :

- they are very affected by the illness : physically and psychologically
- they have already been affected by a psychological disorder
- those people whose condition is fastly deteriorating
- the people from highly stigmatized risk groups

Stigma acts as a barrier to people living with HIV/AIDS asking for help.

The therapist must have a good understanding of this illness, it's treatment and his side effects, psychological impact, psychosocial, cultural and religious background, in order to see with the eyes of the client, hear with his ears and feel with his heart as Alfred Adler taught us to do.

### **The Purpose of Suffering. The victim**

Adlerian intervention cannot overlook the suffering of people living with HIV/AIDS, which in some limits has its reason, but sometimes, and not rarely is used as a purpose. Alfred Adler emphasized that all forms of life are moving and every move has to have a purpose. When an individual act in a certain way, ask yourself why does he do that. It's absolutely normal that a HIV infected person to suffer, to feel sadness, sometimes to feel alone. But when this person refuses to socialize with others, to take care of herself, to do the tasks that easily could do, asking all the time the help of others, we are in the situation in which this person is using the suffering as a purpose.

The most frequent emotion of people living with HIV/AIDS is suffering. These people consider themselves victims, accuse people, including themselves, for their bad luck, and feel abused or unfortunate. Frequently, the infected person is feeling down and helpless.

Many times, people infected with HIV/AIDS accuse different symptoms which interfere with their activities. We, as therapists, must investigate every time, the measure in which this symptoms have medical bases or we are dealing with psychosomatic symptoms.

### **Life Style**

People living with HIV/AIDS have a different reaction to the illness, to the society, and may respond in a different manner to the challenges, and all this depends on what adlerians call „the life style“. Essentially, the style of life is the principles set, the attitudinal set (Mosak, 1954) which we use in order to help us find our place in life. Though, these beliefs cannot be objective true, „All the beliefs are correct from the observer point of view“ (Dreikurs, 1972, p.41). These beliefs are formed within the family and early social network, where the child learns about himself, about others, about the world, about values and ethics. What worked for them in their family, individuals try to recreate in

the world, and somehow, encourage the others to react in ways that validate their expectations.

### **Adlerian concepts : self-concept, belonging in the world and cooperation with others, taking decisions**

A person learns the principles of ethical development, belonging in the world, and cooperation with others from his or her family and early social network. The most important adlerian concepts of self-concept (I am...), belonging in the world (The world is...), cooperation with others (People are... , women are..., men are.... ) and the decisions one person are making in the early stage of life (I have decided to...) represents useful tools to work with in HIV-infected cases. Life quality scales for these patients contain various items about self concept, self esteem, social relationships, daily activities, work, life environment, relaxing ways, personal beliefs and future perspectives. Self concept is very important in the process of our comparisons, evaluations and judgments. Self concept also reflects the result of comparison between self-evaluations and expectations. A large gap between self concept and the self-ideal will lead to an inferiority complex. People infected with HIV/AIDS, excepting those who was infected before or at birth, are living two periods of time : before infection and after infection (who I was and who I am). Self-ideal cannot modify easily and this increase the feelings of inadequacy of people living with HIV/AIDS. Self-ideals has an imperative feature, so people develop what Ellis called „catastrophic expectations“. It is very clear now why depression is a very common disorder in HIV infection.

Ethical beliefs are important to be known and analyzed from the individual perspective, but also from the societal perspective. These beliefs, similar to the self-ideal beliefs are imperative, contain „must“, „this is correct“ and „you mustn't do this“. Here we find all the cultural and religious aspects of the society. Yet, there still exists religions which see medical treatment as an ethical problem.

When exists a discrepancy between self concept and the self-ideal, people have feelings of inferiority, between self concept and Weltbild, people have feelings of inadequacy, and finally, between self-concept and ethical expectations, people have feelings of guilt. Adlerian psychology helps people to develop a good self-esteem, adjust properly self-ideal and feelings of belonging and decrease as much as possible „the must“ from ethical beliefs.

Feelings of inferiority lead to a decrease of self-esteem, of self-worth. And as feelings of inferiority always implies a comparison with others, people will develop a feeling of social isolation, of non-belonging too. So, the purpose of any psychological rehabilitation is to decrease feelings of inferiority and to increase feeling of belonging of the individual. (Mosak, p.53)

### **The Tasks of Life**

People living with HIV/AIDS are finding themselves in a great dilemma when it comes to tasks of life. After the diagnosis, they must analyze and reorganize their life. Their life could be affected in the most important aspects : social integration, work (occupation) and love (sexual behavior). Adler finds that all this tasks are interconnected, none of this problems can be separately solved, each of them needs the approach of the other

two. (Adler, p.239). Indeed, it's very complicated for an infected people to find a partner or a good job, if he/she isolates himself/herself. On the same logic, a person happy with his/her work and relationship, will become socially integrate more easily. That's why increasing community feeling of people living with HIV/AIDS is fundamentally important for an efficient psychological intervention. So, from adlerian point of view, we are in front of a great challenge : our clients are often isolated persons, sometimes because of society stigmatization, sometimes because of their own choice. Our clients feel inadequate, discriminated, different from others. But, unfortunately, because of stigma, people living with HIV/AIDS doesn't ask their rights, doesn't complain, doesn't ask for help. Accumulation of frustrations has sever consequences in psychological level on long term. Low self-esteem and social alienation, accompanied sometimes by guilt of infection, lead to the development or aggravation of some psychopathological disorders. After that, long term psychological interventions are needed.

Learning the diagnosis of HIV infection is a real shock for people, and although it is no more a fatal illness, thanks to antiretroviral therapy, many persons begin to think about existential issues, become existentialist philosophical or religious. Religious approach may be different from person to person, from church to church, from religion to religion : God may be angry on the sinner or may be a loving God, a father who shows good will to his sons. The atheists have a philosophical way of seeing life and death, they are preoccupied to give life a meaning, a purpose, to explain objectively what is happening in their life. Their solutions are coming from an introspective analysis, not from others. The atheists are not so vulnerable to the society's judgment but they don't expect the help of any divinity and they don't have the hope of life after death. Religious persons seek the salvation from the outside : from God, from the church and their well-being depends on the community interpretation of their situation. We speak here of two different locus of control and this will be important to work with, in the therapy.

### **Feelings of guilt**

Since everybody breaks the rules sometimes, guilt is an inevitable result of social life. People living with HIV/AIDS might have considerable feelings of guilt as a consequence of various issues : ethical beliefs, decrease of self esteem (discrepancy between self concept and the self-ideal, feelings of inferiority, of inadequacy), but feelings of guilt may be inoculated by the community of the individuals due to some cultural, religious aspects or due to ignorance. Dreikurs was very cautious and made a clear distinction between guilt and feelings of guilt. He showed that we can be guilt but have no feelings of guilt and vice versa someone can have feelings of guilt, without being guilt. (Dreikurs, 1967, p.230). If we would live in a society with social equality, we wouldn't need feelings of guilt. In a hierarchic society, feelings of guilt are a method to keep down a person or a group of persons. (Dreikurs, 1967, p.231). Although, we know that we should behave in one way, we behave in another (Dreikurs, 1967, p.232) and produce as a consequence feelings of guilt for ourselves and an antisocial active attitude.

### **Early memories analyze for people living with HIV/AIDS**

An analyze of early memories of people living with HIV/AIDS could be as follows :



I am \_\_\_\_\_

Helpless	Inadequate	A good guy who tried everything
Weak	In danger	
Innocent	Discriminated	

I \_\_\_\_\_

Work hard but nothing seems to get anywhere  
 Nothing is working for me  
 Will not succeed in everything  
 Not recognized

Cooperation with others -Early memories of people living with HIV/AIDS could show the following attitudes toward other people

Other people \_\_\_\_\_

It's possible to take advantage of me  
 It's possible to hurt me  
 It's possible to make my life hard  
 Should take care of me  
 Avoid me, ignore me  
 Have a harsh attitude toward me

Feelings of belonging in the world

### **Attitudes of people living with HIV/AIDS about world, life and social background could be:**

The world is \_\_\_\_\_

Against me  
 Full of bad luck  
 Unexpected Catastrophic  
 Confusing sometimes  
 Usually dangerous  
 Chaotic, nothing can be planned

### **Counseling and psychotherapy for people living with HIV/AIDS**

People infected with HIV will be advised to attend counseling or psychotherapy sessions, depending on the severity of the symptoms and the willingness of the client. Of course, different methodology will be followed. Counseling sessions are recommended for : HIV Pre-test and post-test, HIV status disclosure to family, friends and employers, chronic pain management, increasing cooperation with medical specialists and treatment adherence, existential crisis management ; psychotherapy is highly recommended for psychological support for stigma, for decreasing of risk behaviors generated by depression and stigma, for psychological disorders such as : depression, anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, mania, alcohol and drug use disorders, personality disorders; psychological intervention for adherence to antiretroviral therapy when the reason of non-adherence is psychological; psychological support for a general well-being; psy-

chological support for chronic psychological illnesses and suicide attempts.

Psychological intervention in adlerian approach for people living with HIV/AIDS follow the general methodology of adlerian therapy :

- encouraging the person in making decision to improve life's quality
- increasing self-esteem
- relaxing ethical beliefs
- improving the self-knowledge
- decreasing feelings of guilt
- increasing feeling of belonging, sense of community
- community integration
- increasing personal contribution for the community
- increasing quality of life in all tasks

I will present here two cases of people living with HIV/AIDS who received psychological support.

One of the cases is of a women, 26 years old, infected with HIV in the childhood by some inadequate medical treatments. She knew the diagnosis at 12 years old. Her early memories reunite all the features of an isolated, helpless, unhappy person:

- I am helpless, unlucky, discriminated
- None loves me, everybody ignores me, avoid me, reject me
- The world is though, I don't belong anywhere, I cannot find my place
- I don't know what to do with my life

The woman has no feelings of guilt, but she is extremely alone and unhappy. The counseling has been done in an existential crisis situation. The results were : the client increased her self-esteem, she was encouraged to look for a job in order to obtain financial independence, she increased her personal contribution in social activities, the client increased feeling of belonging.

Second case is of a man, 42 years old, infected with HIV 5 years ago, with personal and social problems. He was frequently hospitalized for decline of CD cells. He claims to be adherent to antiretroviral therapy. His medical condition is aggravated by anxiety. His early memories show unsolved issues :

- I am misunderstood, I am not agreeable, I have to relax
- The others want to take advantage of me, they will hurt me, they reject me
- The world is empty, meaningless, useless
- I decided to live anyway

The man has feelings of guilt. He did not succeed in maintaining any relationship. He feels alone and doesn't find a reason for his existence. The counseling has been done in an existential crisis situation. The results were : the client was able to overcome panic attack, he was encouraged to accept that his medical condition worsened for the moment, the client increased his adherence at antiretroviral therapy, the client learn an existentialist-philosophical approach of life and he began to search for meaning of life into the community.■

## Referencias / References

- Adler, A., (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. (H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher, Eds.). New York: Basic Books.
- Ansbacher, H. L. (1967). Life style: A historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology*, 23, 191-212.
- Dreikurs, R. (1967). *Psychodynamics, psychotherapy and counseling*. Chicago: Alfred Adler Institute.
- Ellenberger, H. F. (1970) *The discovery of the Unconscious*, New York: Basic Books.
- Mosak, H. H. (1977b). *On purpose*. Chicago: Alfred Adler Institute.
- Powers, R. L., & Griffith, J. (1987). *Understanding life-style: The psycho-clarity© process*. Chicago: Americas Institute of Adlerian Studies.
- Sartre, J. P. (1956). Existential psychoanalysis. In *Being and nothingness* (H. E. Barnes, Trans.) (pp. 712-734). New York: Washington Square Press. (Original work published 1943)
- Shulman, B. H. (1973a). *Contributions to Individual Psychology*. Chicago: Alfred Adler Institute.
- Shulman, B. H. (1973b). What is the life style? In B. H. Shulman, *Contributions to Individual Psychology*, (pp. 16-44) Chicago: Alfred Adler Institute.

# La imperfección del psicoterapeuta

**Alejandra Yarza**

La aceptación de la propia imperfección es una constante en los distintos referentes de la Psicología Individual, fundamentalmente a través de la obra de Rudolf Dreikurs. Éste acuñó la expresión “coraje de ser imperfecto” para referirse a la responsabilidad que Adler planteara en términos de “mis dificultades me pertenecen”.

Solemos pensar que existe algún estado similar al ser perfecto al que puede aspirarse y, consecuentemente, puede exigirse a los demás. Esta tiranía solidaria debilita y deforma los afectos conjuntivos, de ligazón con los otros individuos. La búsqueda de perfección y la torturante vivencia de no poseerla constituyen una de las más esclavizantes limitantes de los individuos en su interés social.

Cuando un paciente nos llega a la consulta, probablemente, su relación con los otros, y consigo mismo, se ha vuelto polarizada. En esos polos se han formado complejos sistemas de simbolización “positivo-negativo”, “bueno-malo”, “útil-inútil”, “superior-inferior”, etc. Lo interesante de estos sistemas de codificación o tematización es que generan lógicas de pensamiento que derivan en que la inexistencia de una cualidad considerada “positiva-buena-útil-superior” por una persona, la vuelve por defecto “negativa-mala-inútil-inferior” (Titze, 1983).

El riesgo es que el individuo puede llegar a una paralización en su crecimiento por imposibilidad de modificarlos pues, generalmente, él se vivencia sujetado a las condiciones externas ante las cuáles deslinda toda responsabilidad.

Bajo esta óptica, lo que llamamos neurosis es una cobardía prejuiciosa que busca desesperadamente confirmar su condición: “ser perfecto es posible”. Por este motivo el acto terapéutico necesita incorporar la aceptación de la imperfección del psicoterapeuta y sus propios aspectos neuróticos como elemento diagnóstico y evolutivo del paciente.

Es por la exposición de la condición humana del psicoterapeuta que puede el paciente superar su neurosis. A través de la aceptación de su singularidad descubre el potencial de sus errores y fortalezas, puede aceptar su valor y cooperar con su psicoterapeuta. Veamos algunas características de la imperfección del psicoterapeuta:

- Es rigurosa. Una exigencia de rigor debe fundamentar nuestras intervenciones. Como lo sugería Wes Wingett en uno de sus seminarios “hay que tener una buena biblioteca”.
- No es consecuencia del arte de la terapia. Arte no es improvisación, es plena entrega en la obra que se sustenta en el manejo de las distintas técnicas.
- Exige reciprocidad: la aceptación de imperfección del paciente requiere haber aceptado nuestra propia imperfección como psicoterapeutas, no como alimento narcisista, sino como medio de apertura para el sentimiento de comunidad del paciente.
- Exige humildad: el psicoterapeuta necesita vivir honesta y profundamente su imperfección de modo de poder transmitir al paciente su aceptación de la misma. Necesita superar constantemente su litigio con el deseo de superioridad en este terreno, y con-

fiar en la posibilidad de valía del paciente. Este es un terreno muy sensible pues el paciente estará atento a cualquier indicio de desaprobación que confirme su sentimiento de inválida imperfección.

-Es horizontal: no aspira a la perfección sino a la integración. En este sentido el psicoterapeuta es un constante educando de sus pacientes. Aprende, transmite y alienta la posibilidad de desarrollo de los individuos con los que trabaja.

Adlerianos como Ramona Grad (2014) han planteado la exigencia que significa la tarea de asesoramiento, la necesidad de autocuidado del consejero, y los riesgos e implicaciones éticas que derivan de la falta del mismo.

He sostenido que el cuidado de las tareas vitales (trabajo, amor, comunidad, espiritualidad) no es un criterio optativo para un psicoterapeuta, es una necesaria herramienta para preservar su salud mental y sostener la motivación y calidad de su tarea.

Siguiendo a Karen Horney,(1960), es útil valorar y prestar cuidadosa escucha a las tendencias que caracterizan el comportamiento humano. En su rigidez estas naturales tendencias se vuelven "neuróticas" e impiden el desarrollo del individuo. Importa ver cómo pueden llegar a conformar aspectos del funcionamiento del psicoterapeuta.

Por ejemplo, la necesidad de afecto y aprobación puede determinar que se quiera agradar al paciente, buscar su aprobación, y en consecuencia cumplir con las esperanzas de su lógica privada. Probablemente el psicoterapeuta no logre señalar los aspectos hostiles de su paciente ni vea los propios.

La necesidad de un compañero, puede generar la retención del paciente, el temor a que abandone su proceso terapéutico y la fantasía de ser o no querido por el paciente. Si el psicoterapeuta permite que se restrinja la propia vida profesional frenando su desarrollo, puede llevar a no esforzarse, a manejar honorarios no ajustados a la realidad económica del paciente sino a la propia dificultad de hacer valer materialmente su trabajo. También desestimar las propias capacidades y formación y temer crecer profesionalmente.

Uno de los riesgos del psicoterapeuta es la necesidad de poder, que puede volverse dominio inconsciente del paciente. Esta tendencia es una clara muestra del temor a la impotencia y a la pérdida de seguridad. Se basa en el uso de razón y la intelectualidad como superiores, dejando de lado muchas veces la emotividad e incluso despreciándola. Genera un gran temor a los juicios de los demás y a no sentirse "inteligente".

Un punto de urgencia ética lo constituye lo que Horney denomina "tendencia de explotación de los demás" (Horney, 1960) por la cual se obtiene beneficio de otros, más allá de la situación. Me refiero, por ejemplo al riesgo de que un paciente pueda ser tomado centralmente como ingreso económico, alimento narcisista o un número más para lograr una cantidad de pacientes asociada a la fantasía de éxito profesional.

Del mismo modo, la necesidad de admiración personal o la ambición de hazañas personales aparecen vinculadas a la imagen inconsciente e idealizada del ser psicoterapeuta, y no tanto a aspectos reales. Esta imagen está siempre en riesgo de ser perdida porque no está sustentada en el accionar.

No fortalece la línea de crecimiento sino que alimenta la competencia ficticia con los

demás, donde la fantasía de una actividad o acción es la que produce el éxito y no el trabajo continuo y lo que uno es. Esta idea suele generar resentimiento y vivencias de desvalorización cuando falta el reconocimiento de los otros, pues la valoración no ha surgido como fruto de la actividad real, sino de la propia opinión ficticia del psicoterapeuta. Ello lleva a la falta de cooperación, generación de ideas destructoras, temor a la humillación sea ante pacientes, sea ante colegas o ante circunstancias externas.

Solidario con el punto anterior, la compulsión a la autosuficiencia e independencia, lleva al psicoterapeuta a no solicitar ayuda y a no aceptar puntos de vista alternativos, a veces por temor a perder autonomía. En el terreno de la comprensión y ayuda a otros seres humanos esta puede ser una actitud que genere altos riesgos y puntos ciegos. Algunos psicoterapeutas pueden albergar sentimientos de perfección o de ser incuestionables, generándoles una gran inquietud por temor a fallar, ser criticados y errar. El psicoterapeuta que creyéndose libre de toda vertiente neurótica no visualiza estas tendencias en sí mismo se pone en riesgo de actuar complementariamente las tendencias de su paciente, impidiendo su evolución.

La pérdida de bienestar y calidad de vida es un alto costo que puede derivar de la imposibilidad de experimentar alegría y compasión por el otro, y de entablar una falsa búsqueda de superioridad. ■



# Psychotherapist imperfection

**Alejandra Yarza**

Acceptance of imperfection itself is a constant in various references of Individual Psychology, mainly through the work of Rudolf Dreikurs. This coined the phrase "courage to be imperfect" to refer to the responsibility Adler raised in terms of "my difficulties belong to me."

We tend to think that there's some similar to be perfect to which one can aspire and consequently may be required to others. This tyranny of solidarity weakens and deforms connective affection, bond with other individuals. The search for perfection and the torturous experience of not possessing constitute one of the most enslaving limiting individuals in their social interest.

When a patient comes to consultation, probably, their relationship with others and with himself, has become polarized. In these poles they're formed complex systems of symbolization "positive-negative", "good-bad", "useful-useless", "top-bottom", etc. The interesting thing about these systems coding or theming is generating logical thinking that result in absence of a quality considered "positive-good-useful-top" by a person, the returns default "negative-bad-useless-lower" (Titze, 1983).

Risk is that individual can come to a standstill in growth by inability to modify it generally experience he fastened to external conditions, to which he disclaims any responsibility.

Under this view, what we call neurosis is a prejudiced cowardice that seek desperately to confirm their condition: "perfect is possible." For this reason therapeutic act needs to incorporate acceptance of psychotherapist imperfection and his own neurotic aspects as patient diagnosis and evolutionary element.

It's by exposure of psychotherapist human condition that patient can overcome his neurosis. Through acceptance of their uniqueness discover the potential of their mistakes and strengths, his can accept its value and cooperate with his psychotherapist.

Here are some features of psychotherapist imperfection:

- It's rigorous. A requirement of rigor must base our interventions. Wes Wingett as suggested in one of his seminars "have to have a good library."
- It's not art of therapy result. Art is not improvisation, it's full commitment in the work that is based on handling of different techniques.
- It requires reciprocity: acceptance of imperfection patient requires accepting our own imperfection as psychotherapists, not as narcissist food, but as a means to open for patient's community sense.
- It requires Humility: psychotherapist needs to live honestly and deeply his imperfection, as a way to transmit to patient acceptance thereof. He needs to constantly overcome their dispute with desire for superiority in this field, and to rely on possibility work of patient. This's a very sensitive issue because patient will be alert to any sign of disapproval to confirm his feeling of invalid imperfection.

-It's horizontally: not aspire to perfection but integration. In this sense, psychotherapist is a constant educating their patients. Learn, transmits and encourages possibility of development of individuals with whom he work.

Adlerians as Ramona Grad (2014) have raised demand that means the task of counseling, the need for self-care counselor, and risks and ethical implications arising from the lack of it.

I have argued that the care of vital tasks (work, love, community, spirituality) is not an optional criterion for a psychotherapist, is a necessary tool to preserve their mental health and sustain motivation and quality of their work.

Following Karen Horney, (1960), is useful to assess and pay careful listening to trends characterizing human behavior. In their rigidity these natural tendencies become "neurotic" and prevent the development of individual. It's important to see how they can get to shape aspects of the functioning of psychotherapist.

For example, need for affection and approval can determine that psychotherapist wants to please patient, seek approval, and consequently fulfill hopes of his private logic. Probably the psychotherapist fails to point out hostile aspects of their patient or see own.

The need for a companion, can generate patient retention, fear that he abandon its therapeutic process and the fantasy of being loved by patient or not.

If the psychotherapist allows your professional life be restricted holding back his development, he can't strive, he can handle fees unadjusted to economic reality of patient, but to inherent difficulty of enforcing their work materially. Also dismiss their own abilities and training and fear grow professionally.

One risk of the psychotherapist is the need for power, which can become unconscious patient domain. This trend is a clear sign of fear of impotence and loss of security. It's based on use of reason and intellectuality as superior, often leaving aside emotionalism and even despising. Generates a great fear of judgments of others and not to feel "smart".

A point of ethical urgency about what constitutes what Horney called "trend of exploitation of others" (Horney, 1960), whereby a benefit is obtained from other, beyond their situation. I mean, for example, the risk that a patient can be taken centrally as income, narcissistic food or a number more to achieve a number of patients associated with professional success fantasy.

Similarly, the need for personal admiration or personal ambition feats appear linked to unconscious and idealized image of psychotherapist, rather than real issues. This image is always at risk of being lost because it's not supported by the actions.

No strengthens line growth but feeds fictional competition with others, where the fantasy of an activity or action is what produces success and no ongoing work and what one is. This idea often leads to resentment and experiences of impairment when the recognition of others missing, since the valuation hasn't emerged as a result of real

activity, but the fictional view of psychotherapist own. This leads to lack of cooperation, generation of destructive ideas, fear of humiliation to patients, to colleagues or to external circumstances.

Solidarity with the previous point, compulsion to self - sufficiency and independence, leading to a psychotherapist not seek help and not accept alternative views, sometimes for fear of losing autonomy. In the field of understanding and help other human beings this can be an attitude that generates high risks and blind spots. Some psychotherapists may harbor feelings of perfection or being unquestioned, generating great anxiety for fear of failing, be criticized and be wrong.

The psychotherapist believing himself free from neurotic side, doesn't display these trends in itself, is at risk of acting complementarily the patient's trends, impeding its evolution.

The loss of well - being and quality of life is a high costs that can result from the inability to experience joy and compassion for other, and filing a false superiority search.■

## **Referencias/ References**

- Adler, A. (1947). Conocimiento del hombre. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina S.A.
- Grad, R. I. (2014). El autocuidado en la profesión de asesoramiento. Newsletter Centro de Estudios Adlerianos, Montevideo, Pag 36-41  
Recuperado: [centroadleriano.org](http://centroadleriano.org)
- Horney, K. (1960). El autoanálisis. Buenos Aires: Editorial Psique
- Sweeney, T.J. (2009). Adlerian Counseling and Psychotherapy. A Practitioner's Approach. New York: Routledge Taylor & Francis Group
- Titze, M. (1983). Fundamentos de Teleoanálisis Adleriano. Barcelona: Editorial Herder