

"La Técnica de la Moviola;
La Metodología Autoobservacional en el Constructivismo Posracionalista".

Autor: Augusto Zagnutt

Publicado en el libro "Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas". Capítulo 52, pag. 459. Editores Cristiano Nabuco de Abreu y Hálío José Guilhardi. Roca. Sao Paulo, 2004.

1.-PRINCIPIOS

La así llamada Revolución Cognitiva que se inicia con los modelos de Procesamiento de la información fue un salto de magnitud en la comprensión de la mente humana. La aplicación a la psicoterapia de sus paradigmas se expreso inicialmente en modelos objetivistas de terapia cognitiva desde los enfoques cognitivo-conductuales herederos inmediatos del conductismo, pasando por las corrientes cognitivas a secas y actualmente los modelos constructivistas. En esta primera fase clásica , el centro del trabajo terapéutico se focalizaba en analizar lo correcto o incorrecto de los procesos lógicos de pensamiento y su modificación mediante estrategias argumentativas o persuasivas. La idea básica era la de que según piensas sientes.

Como suele ocurrir en la ciencia, las discrepancias experimentadas en el curso de la aplicación de las metodologías terapéuticas cognitivas objetivistas dieron lugar a la búsqueda de nuevas explicaciones.

Así pasamos desde estos primeros modelos primordialmente asociacionistas, muy cercanos a la modificación conductual a una fase conexionista que da más importancia a los significados semánticos del paciente. Ambos enfoques estaban sin embargo más interesados en las estructuras de superficie de los procesos mentales, que en las estructuras profundas. Vale decir más centrados en los efectos manifiestos o resultados que en los procesos subyacentes a aquellas manifestaciones explícitas. Los desarrollos más recientes muestran un interés creciente en las estructuras profundas de los procesos mentales. En su expresión más general son los enfoques que conocemos bajo el nombre de Constructivismo. Tres son las características que diferencian los modelos constructivistas de los anteriores enfoques objetivistas :

-El conocimiento es activo y proactivo. El conocer no se iguala a corresponder a una verdad objetiva.

-La primacía de los procesos abstractos en el saber y el sentir. Implica que los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento contribuyen, sin especificarlo, el contenido de nuestra experiencia consciente

-El conocimiento es auto-organizado. La construcción de una realidad personal es interdependiente con el mundo externo a la vez que subordinada a la mantención de un sentido de continuidad experiencial.

El enfoque posracionalista pertenece al espacio de la metateoría constructivista actual entendiéndolo al hombre como sujeto epistémico en el cual los procesos de conocimiento

autoorganizados, tanto a nivel tácito (procesamiento emotivo) como a nivel explícito (procesamiento semántico), son una emergencia evolutiva que le permite ordenar y reordenar su experiencia momento a momento con el propósito fundamental de mantener su sentido de continuidad experiencial.

Consecuentemente este enfoque está muy alejado de centrarse en la búsqueda de una verdad objetiva a la cual el paciente deba acceder por cualquier vía para superar su irracionalidad, sino que se interesa en intervenir en los procesos de mantención de la coherencia que sostienen la aparente irracionalidad que muestra el paciente. En este sentido el posracionalismo entiende que la rigidez de los puntos de vista del paciente corresponden a su propia viabilidad y que entonces no tiene sentido imponerle una validez externa que le es imposible integrar en ese momento. De esta manera, el punto de vista del paciente es válido en si mismo y no es desafiante desde afuera de su idiosincrática forma de hacer coherente su experiencia. Esto ya que en los procesos de mantención de un sentido de coherencia personal no existe una lógica universal o externa, sino una lógica auto-referencial.

Consecuentemente el posracionalismo propone un modelo evolutivo, procesal y sistémico en el cual los procesos evitatorios de experiencias que resulten discrepantes con un viable sentido de continuidad personal son los procesos abstractos centrales alrededor de los cuales se construirá un significado personal tácito y apriorístico que tenderá a mantenerse por todo el ciclo de vida individual.

Los desafíos existenciales subyacentes a todo fenómeno psicopatológico se relacionan entonces con estas invariantes evitatorias las cuales, al ser activadas requieren ser asimiladas de manera cada vez mas abstracta en un sentido de si mismo cada vez más rico, complejo y articulado. Cuando estas experiencias críticas son gatilladas y no integradas aparece la psicopatología.

El sentido unitario personal entonces se sostiene en una tensión esencial entre procesos de mantención y procesos de cambio alrededor de los cuales la evolución personal durante todo el ciclo vital (y no solamente durante la infancia) ocurre en un proceso espiral sin fin de organización y reorganización de la propia experiencia en el cual se generan momentos de discrepancia los que, al no ser suficientemente resueltos se acompañan de fenómenos psicopatológicos.

2.- EL METODO

En un modelo evitatorio como es el que exponemos, el aspecto central para la mantención de un sentido de coherencia son los procesos de autoengaño. Estos procesos son básicamente los permiten la exclusión de información discrepante y las operaciones distractivas (p. ej. el lavado de manos del obsesivo) ante experiencias no reconocibles, las cuales amenazan la percepción actual de si mismo. El corazón del proceso terapéutico consiste en poder conducir la atención del paciente a aspectos de su experiencia personal los cuales, hasta ese momento no le es posible advertir y que son los que desafían su coherencia actual.

La operación crucial es el trabajo de investigación personal en la interfase entre la experiencia inmediata en curso, momento a momento y el reordenamiento semántico que la sucede una fracción de segundo después.

La auto-observación como método único, se interesa en este proceso de exploración-integración, conducido y facilitado por el terapeuta y realizado por el propio paciente. Hay que aclarar sin embargo que Vittorio Guidano ha sido muy enfático en aclarar que no se debe confundir la auto observación posracionalista con la introspección, la cual se interesa principalmente en los procesos de la inmediatez, ni con el automonitoreo centrado en los aspectos explícitos de la conducta. Aquí el centro de interés es la dialéctica entre la experiencia tácita-corporal inmediata y su reordenamiento en el lenguaje, proceso durante el cual un nivel restringe al otro recíprocamente.

Este método requiere del terapeuta la habilidad para distinguir entre la experiencia inmediata y la explicación cuando el paciente revisa una experiencia. El terapeuta debe ser capaz de simular la experiencia del otro, en otras palabras ponerse en su lugar, para ayudarlo a distinguir, en la reconstrucción, lo que es su experiencia inmediata y lo que es la explicación de la experiencia unitaria en curso. En este sentido Guidano ejemplifica lo que ocurre con el paciente comparándolo con lo que ocurre en la física con la experiencia del color.

Las ondas luminosas no son el hecho real sino que son la teoría que construimos acerca de la irrefutable experiencia del color, al intentar explicar esta experiencia. De modo que distinguir en la experiencia el hecho experiencial de la ulterior referencia que hacemos de ese hecho experiencial no es algo sencillo y requiere que el terapeuta sea capaz de hacer esa misma distinción en si mismo para poder operar en la experiencia del otro.

Para poder llevar esto a la práctica es necesario reconstruir el problema del paciente en forma minuciosamente secuencial tal como se haría en la reconstrucción de una película. Pero tal reconstrucción va mas allá de dar por hecho lo que el paciente dice espontáneamente.

Se trabaja simultáneamente en dos niveles: uno en el cual se investiga como ocurrió la experiencia que se está examinando y otro nivel en el cual se investiga la manera como el paciente se refiere lo que le ocurrió. Esto con el fin generar una situación terapéutica que lleve a este paciente a interesarse en investigar nuevos puntos de vista que el pueda desarrollar ante su dificultad y no a buscar en el terapeuta soluciones externas. En un contexto así el terapeuta es alguien que no resuelve las discrepancias del paciente sino que genera las condiciones que posibiliten una resolución interna de la crisis.

Es en este sentido que el terapeuta es un perturbador estratégicamente orientado ya que debe conducir este proceso en pasos graduales, de acuerdo a las propias capacidades del paciente.

3.-LA TÉCNICA DE LA MOVIOLA

A diferencia de un método, una técnica tiene una protocolización más específica. El método auto-observacional tiene como finalidad alcanzar niveles cada vez mayores de integración y complejidad de la propia experiencia a través de pasos que van mas allá del momento terapéutico.

El método auto-observacional es una invariante de la metodología terapéutica posracionalista. En cambio la técnica de la moviola es una estrategia específica, notablemente efectiva para desplegar la metodología auto-observacional, pero posible de ser reemplazada o complementada por otras técnicas tal como es el caso de algunas técnicas utilizadas por la psicoterapia experiencial.

La técnica en si aparece a primera vista como algo bastante simple. El problema que presenta el paciente hay que transformarlo en una investigación sobre los eventos que gatillan y/o mantienen el problema. Los eventos objetivo que se investigan son reconstruidos de manera secuencial yendo hacia atrás y hacia adelante en cámara lenta en una especie de panorámica. Se va haciendo una focalización en determinada escena (evento crítico) la cual es analizada en detalle y enriqueciendo el reconocimiento de sus ingredientes tras lo cual es reinsertada en la secuencia narrativa con lo que esta secuencia se modifica.

Las modificaciones reconocidas en la secuencia anterior facilitan la aparición de otros detalles o ingredientes en otras escenas haciendo cada vez más rica la articulación entre escenas.

Este trabajo de revisar hacia atrás y adelante, focalizándose en una escena en detalle y después integrarla a la secuencia se suma a poner alternativamente al paciente desde el punto de vista subjetivo de su experiencia, con ponerlo desde el punto de vista objetivo. Esto puede modificar grandemente la secuencia originalmente percibida, flexibilizando el punto de vista previamente sostenido por el paciente como una verdad objetiva.

En una fase inicial el trabajo se centra en entrenar al paciente en diferenciar entre la experiencia inmediata y el ordenamiento autorreferencial de esta experiencia. Esto se consigue haciéndole notar que el se puede hacer dos diferentes tipos de preguntas al examinar su experiencia : preguntar el por que de lo que le ocurre, vale decir como es que se explica lo experimentado y simultáneamente preguntar el como fue vivida esa experiencia, a la luz los ingredientes que pueda distinguir en ella, tales como imágenes, tonalidades emotivas y el sentido de si mismo reconocidos. Simultáneamente se le conduce a enfocar la experiencia examinada desde dos puntos de vista: el punto de vista subjetivo que es como se percibe y se vive la escena en primera persona, y el punto de vista objetivo, que es como es vista la escena desde fuera, como si fuera espectador de una obra de teatro. Desde esa perspectiva es posible inferir la experiencia interna del personaje, a partir del papel representado por el actor, con el despliegue de conductas, actitudes, y emociones exigidas por el guión.

La metodología autoobservacional, puede verse, está diseñada para facilitar cambios de puntos de vista sobre si mismo fundados en la propia estructura experiencial y no en fuentes externas de referencia.

Al focalizar la atención consciente en aspectos desatendidos de su experiencia y reconocer nuevas tonalidades emotivas, antes vividas como ajenas y ahora asumidas como propias, el punto de vista previo de si mismo es desafiado y modificado, en un cambio en la noción de si mismo y del mundo mas abstracto y flexible. En otras palabras el paciente está en condiciones de legitimar su experiencia, la que previamente era vivida alienadamente.

4.-LA TERAPIA EN ACCIÓN

El proceso Terapéutico sigue un protocolo unitario, pero flexible que se desarrolla usualmente en sesiones semanales que abarcan tres fases:

Fase 1: Preparación del contexto Clínico e Interpersonal

Fase 2: Construcción del Marco Terapéutico

Fase 3: Análisis de la Historia Evolutiva Personal

-La Preparación del contexto Clínico e interpersonal es una tarea que apunta a trabajar la problemática del paciente de manera que él se lo auto-refiera como algo que pertenece a su propio estilo de funcionamiento.

Es decir en una condición en la cual el paciente acepte investigar en su pantalla interna, o auto-observar la manera en que organiza su experiencia y como se la refiere .

Proceso que se correlaciona con pero que es autónomo de los eventos gatilladores de estos mismos procesos. En otras palabras una condición que le permita conectar su personal manera de ser con lo que le ocurre. Esto implica conducirlo a una situación que permita que el haga una opción diferente a la de atribuir externamente lo que le ocurre, tal como sería el caso de atribuir al contexto físico o social o a una enfermedad física o mental su sufrimiento.

Fernando un estudiante de Geofísica de 32 años de edad consulta porque ha sido derivado por un médico gastroenterólogo. Sufre de frecuentes problemas al colon cuyos síntomas le limitan su vida diaria y que no han podido ser resueltos con los tratamientos médicos. La situación más preocupante es la persistente baja de peso del paciente la cual, de acuerdo al médico está en un nivel de riesgo y opina que se trata de un problema psicosomático que escapa a sus capacidades. El paciente no está de acuerdo con que es algo que tiene que ver con su mente. Por el contrario, tiene una actitud cuestionadora contra los recursos de la medicina a cuya incapacidad atribuye no poder mejorarse de su enfermedad, pero acata la instrucción médica y acepta la psicoterapia.

En conjunto con el paciente se revisa en detalle, yendo hacia atrás y adelante, la historia sintomática del paciente y deteniéndose en los momentos en que se hacen evidentes cambios significativos en la sintomatología. Pronto queda en evidencia que el problema se inicia un año y medio antes y que está contingentemente conectado con el fin de sus estudios universitarios y el comienzo de la preparación de la Tesis de grado para obtener el título. En este momento se comienza la revisión de los síntomas en términos de las relaciones causa-efecto que pueda reconocer para así acotar el área de investigación personal. Pronto queda en evidencia, para sorpresa del paciente que todas las situaciones en que aparecen los síntomas (diarreas, vómitos, cólicos, estitidez intolerancia a ciertos alimentos etc.) ocurren tras experiencias de rabia o de angustia en varios contextos y en particular en aquellos en los cuales se percibe presionado o auto exigido. Además se da cuenta de que tiene una espontánea tendencia a evitar esas situaciones.

De esta manera el foco del problema ha sido cambiado desde la idea de que sufre una enfermedad física resistente a la terapia médica, a la idea de que existe una relación entre su manera de reaccionar psicológicamente ante ciertas situaciones desafiantes y los síntomas digestivos. Una vez que el paciente ha aceptado esta reformulación de la sintomatología en términos personales, se muestra interesado y dispuesto a examinar su experiencia.

La relación terapéutica se centra en lograr una exploración colaborativa de la experiencia del paciente y definida como una relación de trabajo entre dos iguales, uno de los cuales es experto en la mente humana y el otro el único experto posible de sí mismo. Por lo tanto será un contexto en el que se desalentará la búsqueda de confirmaciones y soluciones técnicas unilaterales y unidireccionales de terapeuta a paciente, y se alentará la exploración colaborativa de tal modo que esta última permita construir una comprensión del problema, por el momento no disponible y que signifique generar puntos de vista diferentes que a su vez promuevan la aparición de otros nuevos puntos de vista de sí mismo. Por lo tanto el foco de interés Terapéutico cambiará desde el análisis de lo correcto de lo que le ocurre (validez) a la búsqueda de los significados emotivos personales de lo que le sucede (viabilidad).

Otro aspecto esencial a considerar cuidadosamente es que en esta primera esta fase se definen las reglas relacionales que, como se sabe, una vez establecidas tienden a mantenerse consistentemente en el tiempo dado su carácter emotivo. Un error en la apreciación que el paciente pueda tener de su papel y del papel del terapeuta en la terapia puede llegar a hacer imposible la condición auto-referencial requerida para que la terapia sea efectiva. Sería el caso si el terapeuta no se mostrara suficientemente claro en la posición de que la sintomatología será afrontada consistentemente como un asunto que tiene que ver con el estilo personal del paciente y no con aspectos de la realidad externa a él, ya sea física, social u otras.

-La segunda fase, Construir el Marco Terapéutico es la fase central de la terapia ya que es aquí donde se esperan los cambios mas importantes en la sintomatología. Esta fase se desarrolla en dos pasos diferentes, pero indisolublemente conectados:

-Primera etapa de la segunda fase: Enfoque y reordenamiento de la experiencia inmediata: Esta etapa comprende normalmente sesiones semanales, cuyo objetivo es reconstruir el patrón de coherencia actual del cliente y los modos en que el desbalance experimentado en este patrón ha suscitado los problemas a tratar. La materia prima con la cual se trabaja son los acontecimientos significativos ocurridos en la semana los que son elegidos de acuerdo a la reformulación inicial del problema. Estos eventos son divididos en secuencias de escenas las que son sometidas al proceso auto- observacional. Se entrena al paciente a hacer distinciones en su experiencia emotiva al conducirlo a focalizarse en algunas escenas críticas, las que se reconstruyen de acuerdo a la técnica de la moviola.

El paciente es instruido desde el inicio a enfocar en cada escena la diferencia entre la experiencia y su explicación, tanto durante la escena como después de ella; introduciendo la distinción entre él "como" (la experiencia) y él "porque" (la explicación).

El como esta relacionado con la construcción (los ingredientes) de la experiencia subjetiva (p.ej. patrones dinámicos de la imaginación, tendencia a actuar, sentimientos multifacéticos, el sentido de sí mismo experimentado, etc.) y también el modo en que se produce, es decir, la situación o acontecimientos que generaron la percepción discrepante y como esta fue reconocida.

Una vez que Fernando comprendió y aceptó las explicaciones acerca de como será el trabajo Terapéutico y cual es el papel de cada uno de los miembros de la díada terapeuta-paciente en la terapia se procede a examinar los eventos críticos de la semana. Uno de los eventos críticos escogido entre ambos fue el siguiente: durante una agradable tarde de fin de semana con su novia en casa de los padres de ella, Fernando siente una inexplicable

sensación de angustia e inquietud motora que no lo abandona, sino hasta el día siguiente al despertar.

De hecho, reporta que tras una semana muy buena en lo que a síntomas se refiere admite que junto con estos sentimientos notó un apretón de barriga. Al ser indagado en como ocurrió esto, el recuerda que en un momento sintió rabia hacia la novia y de lo cual no se había percatado y que seguramente esa era la razón de su molestia física. Se le focaliza en el aspecto subjetivo de esa experiencia que él llama rabia y puede apreciar entonces aspectos de esa experiencia que se caracterizan por una sensación de estar fallando a algo, de incomodidad. Recorriendo de nuevo la escena hacia atrás y hacia adelante recuerda que el momento que le gatilló esta sensación fue cuando percibió que la novia participaba más con sus familiares que con él. Entonces, llevado a focalizar la escena desde el punto de vista objetivo, como si se mirara de afuera puede apreciar que el momento del apretón de barriga se conecta con una sensación de miedo. Al focalizar este miedo desde el punto subjetivo reconoce imágenes automáticas de su infancia en que tiene la misma experiencia al fallar a las exigencias académicas de los padres. Puesto nuevamente desde el punto de vista objetivo, infiere de si mismo y se observa como alguien que necesita que la atención de ella está constantemente sobre él, asunto que lo confunde mucho porque él tenía, hasta ese momento, la idea de ser muy independiente y de que es ella quien está siempre necesitando de su atención.

Al final de la sesión es posible reformularle su experiencia con elementos de su propia experiencia en términos de su sensibilidad a no calzar con las expectativas de los otros lo que es aceptado por él.

Esta es una tarea que desafía el sentido común. Es literalmente un acto contra natura que le es posible al paciente efectuar solamente entregándole muchísimas explicaciones que le permitan superar la tendencia humana espontánea a colapsar la experiencia inmediata y su explicación.

En esta etapa el problema inicialmente planteado con una actitud externalizadora (un problema objetivo), se comienza a entender como más internamente conectado a su manera de ser con lo que se puede orientar todo el trabajo a enfocar la discrepancia entre la experiencia inmediata y su reordenamiento explícito, con el fin de reconstruir el patrón de coherencia entre ambos niveles de experiencia.

La idea es que el paciente tome conciencia de que sus estados emocionales expresan una construcción, que implica procesos de auto-reconocimiento y auto referencia que son la base de sus creencias y expectativas. Conjuntamente el paciente puede empezar a hacerse cargo de cómo sostiene su auto imagen actual y los patrones de autoengaño utilizados para ello.

Complementariamente a este trabajo particularmente en el caso de las personas muy propensas a ser rígidamente definidas por los demás se entrena al paciente en observar la escena desde un punto objetivo, haciéndolo tomar distancia del otro.

Esto se hace conduciendo al paciente a hacer una simulación de la experiencia del otro como visto como uno totalmente ajeno a él. La idea es desfocalizar al paciente desde ver la conducta del otro como información sobre si mismo (auto-referencia) para pasar a ver la conducta del otro como información del otro. De como es esa persona, de cómo siente y vive, de cuales son sus significados y propósitos, etc. (hetero-referencia).

Este entrenamiento promueve la flexibilidad para poder tomar puntos de vista alternativos cuando la persona está rígidamente clavada en un intenso momento sintomático, incomprensible en ese momento para él.

Tras varias sesiones durante las cuales se ha reconstruido el modo en que la conciencia de verse defraudando las expectativas del otro le afecta emocionalmente Fernando ya está bastante consciente de su sensibilidad al juicio de los demás, de sus problemas para delimitarse de los otros y como este juicio le define su ser en el mundo en ese momento, lo cual es contradictorio con la imagen previamente estabilizada de un si mismo como alguien muy independiente de los demás. Otras escenas reconstruidas con la misma metodología le han hecho percatarse de que los trastornos digestivos aparecen normalmente cuando se siente a la merced del juicio del otro y que la experiencia de miedo que había distinguido en la escena anteriormente descrita ocurre solamente cuando se siente pasivo e incapaz de revertir la valoración negativa que el percibe en el otro.

Para muchos pacientes este desafío a la imagen aceptable de si mismo resulta intolerable ya que pueden transformar este hallazgo en una crítica negativa de si mismos y no como una legitimización de su manera de ser que permita ampliar la exploración de la realidad.. Entonces es el momento de aplicar la estrategia hetero -referencial la cual facilitará la diferenciación abstracta de si mismo respecto de los juicios externos. Se toma una escena cualquiera y se somete al procedimiento regular. En este caso vamos a ejemplificar con una situación laboral. Paralelamente a sus estudios, Fernando trabaja desde hace dos años en una empresa relacionada con su futura profesión. En su trabajo desplegó la misma actitud de autonomía y autosuficiencia desafiante hasta que en una oportunidad, en medio del proceso de terapia tuvo una intensa recaída de sus problemas digestivos tras tener una situación de conflicto con el jefe.

Al reconstruir la escena en la moviola se pudo apreciar que en esa oportunidad su jefe se presentó en su oficina en actitud indagadora y a él le pareció que esta actitud del jefe reflejaba que la empresa estaba dispuesta a prescindir de sus servicios.

Allá volvió a sentir la experiencia de miedo, asociado a una sensación de empequeñecimiento personal e incapacidad extremas. Saltaron a su mente imágenes de derrota y fracaso y la convicción de que su incompetencia terminará por decepcionar a su novia con lo cual su proyección afectiva era nula. Focalizado en ese momento de alta intensidad emotiva se le instruyó para imaginar a su jefe en la misma situación como si estuviera viéndolo a la distancia, como un personaje de una obra de teatro que representaba un papel.

Focalizándose en los aspectos externos mas irrefutables tales como el tono de voz, la postura corporal la mirada y otros aspectos objetivables se le hace describir en detalle todo lo que el pueda distinguir del otro. Una vez que ha agotado la descripción de lo que es públicamente observable en el personaje del jefe, se le hace simular como sería el mundo interno de una persona que presenta esas manifestaciones externas, pasando sucesivamente del plano externo al interno repetidamente .

En lo esencial, al tomar distancia Fernando aprecia que el jefe exterioriza un patrón coercitivo muy activo, en una actitud controladora y que su indagación tiene un carácter de presión. Se le pide que interprete esta conducta manifiesta de modo que refleje coherentemente el mundo interno del jefe en ese momento y Fernando elabora la hipótesis

de que el jefe es alguien a su vez muy presionado y que su actitud representa una necesidad intensa del compromiso del otro y no un juicio negativo necesariamente. Fernando dispone en este momento de dos puntos de vista de la situación: una que dice de él que es un inútil prescindible y otra que dice del jefe que lo necesita enormemente y que ambas son igualmente posibles. Esta estrategia se utiliza con él durante varias sesiones sistemáticamente lo cual flexibiliza su automatismo a auto-referirse lo que le ocurre a los demás, junto con reconocer su sensibilidad al juicio externo.

Otra escena importante ocurre con su novia en una situación en la cual ella, ante los constantes despliegues de autosuficiencia y autonomía de Fernando lo desafía a terminar con el compromiso.

En ese momento el tiene una nítida experiencia de pavor, una intensa sensación física de estremecimiento y una baja anímica extrema. Al reconstruir la escena el distingue una sensación de pérdida y soledad jamás antes sentida, parecida a haber perdido a la madre o al padre.

La sensación de si mismo es de total confusión y pérdida de la familiaridad consigo mismo (información sobre él).

Al ponerlo desde el punto de vista de la novia y apreciar su actitud externa el distingue una mirada desafiante pero segura, con tono de voz claro, firme y consistente. Al interpretar el mundo interno de ella el puede reelaborar el primer punto de vista de sentirse rechazado por ella y la relación terminada y aprecia la actitud de la novia como una demostración del alto grado de compromiso de ella con una proyecto común pero que a la vez es una coerción amenazante para conminarlo a comprometerse.

Entonces el experimenta un cambio de punto de vista donde lo que ella dice o hace deja de ser visto como información sobre él sino como información sobre ella (punto de vista hetero-referencial) .

Este trabajo le permite posteriormente reconocer que en realidad es él quien ha estado sometiendo a prueba a su novia como una manera de sentirse más independiente ante el inminente compromiso, y que esta situación no significa necesariamente el fin abrupto e inesperado de la relación. En posteriores reconstrucciones el puede apreciar que los síntomas, que ya distinguía conectados a la activación emocional ante situaciones en que temía decepcionar las expectativas de los demás se relacionan con cambios en la apreciación de la total incondicionalidad de la novia por una condicionalidad cada vez más evidente, los cuales se habían hecho manifiestos justamente en la época en que aparecen los trastornos digestivos, alrededor de un año y medio atrás.

Hay que hacer notar que en este momento de la terapia Fernando ya ha recuperado su peso normal e incluso se queja de estar engordando. Pero el continua interesado en seguir explorando su experiencia mas allá de la resolución sintomática.

El cambio del punto de vista sobre sí mismo alcanzado por el cliente en esta etapa, provoca un reordenamiento de la experiencia inmediata, pudiendo así reconocer y auto referirse emociones y sentimientos anteriormente excluidos de la conciencia y consecuentemente fuera de la imagen reconocible de si mismo y de los otros. Desde estar clavado en un momento sintomático esencialmente incomprensible empieza a apreciar que lo que le ocurre es parte de un proceso sintomático que tiene que ver con la lógica interna de su manera personal de organizar su experiencia.

Esto implica cambiar el foco de atención desde las estrategias de control a las estrategias de comprensión de cómo le ocurre lo que le ocurre. Además y progresivamente se torna cada vez más perceptivo para reconocer como sus estados emotivos, originalmente inexplicables se pueden empezar a conectar con desbalances en su vida afectiva, vale decir con conocer el modo como es afectado por cambios inadvertidos en la imagen del otro .

-Segunda etapa: La reconstrucción del estilo afectivo: Cuando el paciente ha comenzado a advertir la conexión entre los síntomas que sufre, con los previamente inadvertidos desbalances afectivos, puede empezar también a revisar los procesos de autoengaño que han sostenido una imagen de la figura de referencia sostenedora y consistente con su sentido de sí mismo la cual al ser desafiada ha gatillado el desbalance emocional

La reconstrucción a través de la moviola del curso cronológico de la aparición de las perturbaciones, permite distinguir la correlación entre el desequilibrio percibido y el cambio de imagen de la figura afectiva significativa y hace cada vez más evidente que el problema original coincide con la exclusión y el reordenamiento auto-engañoso de los sentimientos desafiantes.

En este momento se hace necesario llevar el foco de atención a la modalidad tácita con la cual el paciente construye la imagen de una figura de apego coherente con el sentido de sí mismo, y los mecanismos de mantención que utiliza para afrontar las discrepancias.

Se comienza con un análisis detallado de la historia afectiva del cliente, en que la secuencias de escenas significativas son pasadas repetidamente por la moviola, revisándose los siguientes aspectos:

1- Variables que subyacen en el "debut sentimental" (contexto evolutivo, actitudes personales, red social) y en los modos en que ha sido experimentado, evaluado y auto referido. Estos aspectos permiten comprender los ingredientes básicos que han dado lugar a un definido estilo afectivo que se tenderá a mantener por todo el ciclo de vida. Para todas las relaciones significativas, se reconstruirán aquellas escenas cargadas de afecto durante el comienzo de la relación, durante la fase de mantención de esta y durante el proceso de término.

2 - Reconstruir los criterios por los cuales él puede diferenciar las relaciones significativas de la no significativas, en la secuencia de relaciones significativas. Estos criterios nos permiten destacar qué patrones de clasificación de las parejas resultan más coherentes con el estilo de vinculación que gradualmente se ha estructurado.

La reconstrucción de la sensibilidad al juicio externo, que Fernando ha llevado a cabo en todas las dimensiones de su vida le han hecho consciente de su sentido de vulnerabilidad en las situaciones de exposición y de como esta vulnerabilidad oscila dependiendo de cuanto control percibe que tiene sobre la confirmación de su novia hacia él. Reconoce que se siente completamente diferente si tiene control de los resultados que si no los tiene, en las situaciones sociales. Al final de esta etapa de trabajo se da cuenta de que en el pasado también llegó sufrir una sintomatología parecida en situaciones de exposición las que recién ahora puede reconocer como tales y no como una enfermedad física. Además conecta el inicio de su problema médico con la separación de los padres y con el incremento de la

sensación de vulnerabilidad en situaciones sociales, y un consecuente aumento de la dependencia afectiva de la novia.

Fernando está ya preparado para investigar su carrera afectiva. Es una historia que se caracteriza por escoger figuras femeninas románticamente desde la enseñanza básica. Ese estilo romántico abstracto, de relaciones sin relación, existente solo en el plano estático-formal, marcan su historia afectiva en un amor platónico que dura 10 años y que transcurre solamente en su mente. Los escasos vínculos que puede mencionar fueron igualmente etéreos.

Al reconstruir la secuencia afectiva le queda claro que la condición para vincularse era siempre bajo la garantía de no tener que exponerse y manteniendo una comunicación muy indirecta y ambigua en sus escasas experiencias. Sus elecciones eran siempre hechas con personas escasamente desafiantes de su carácter socialmente evitativo. Muy avanzada su carrera universitaria se atreve a tener las primeras experiencias sexuales, pero con prostitutas, situación que le permitió explorar algo en el mundo de la sexualidad pero por la presión y respaldo de familiares y sin el más mínimo riesgo de exponerse debido a lo cual empezó a experimentar un creciente sentimiento de aislamiento ya que el resto de los conocidos de su generación estaban iniciando sus proyectos afectivos personales.

Al conocer a la actual novia mantenía el mismo patrón afectivo romántico que lo caracterizó desde la primera infancia, siendo ella una persona inicialmente de parecidas características. Al reconstruir más en detalle el patrón por el cual el eligió a su novia se aprecia que ella le hizo sentirse aprobado incondicionalmente a priori, sin tener que exponerse en ningún aspecto y contando además con una red social de apoyo que respaldaba este vínculo. Tener una máxima garantía de incondicionalidad con una mínima exposición personal fue lo que le permitió, ya cercano a cumplir 30 años tener su primer amor real.

En esta etapa se ha logrado una desaparición casi total de los problemas sintomáticos o perturbaciones originales con estos nuevos niveles de auto referencia abstracta en el ordenamiento de las experiencias pasadas y presentes, creando una nueva actitud hacia la realidad y el descubrimiento de nuevos ámbitos de experiencia.

En esta etapa la mayoría de los clientes prefiere interrumpir la terapia, lo cual no debe preocupar al terapeuta, ya que no existe un modo inequívoco de hacer las cosas, siendo el cliente el que mejor puede decidir cual es la mejor manera de avanzar en su trayectoria vital.

El terapeuta en general acepta la decisión del paciente si es que este desea finalizar su proceso de terapia aunque lo incentiva a interesarse en continuar la exploración personal, en términos de reconstruir el modo en que su propio camino evolutivo lo ha llevado a estructurar su propio significado personal el que ha aparecido inequívocamente ante sus ojos al completar la segunda fase.

La tercera fase: Análisis de la Historia Evolutiva Personal implica reconstruir las experiencias inmediatas de la historia del desarrollo. Comienza con la identificación de los acontecimientos significativos en términos de estructurar la historia evolutiva en relación a estas escenas las cuales serán posteriormente pasadas por la moviola.

Hay que considerar que ya al inicio de esta fase el paciente ha alcanzado nuevos puntos de vista sobre sí mismo lo que es una condición necesaria para realizar este trabajo Terapéutico ya que de ninguna manera es la idea que este proceso se transforme en un simple recuento biográfico que tienda a reconfirmar y legitimar la versión habitual que el paciente tiene sobre sí mismo, lo cual sería un resultado absolutamente no deseable. En la realización de la reconstrucción de la historia de vida, hay que destacar que estos recuerdos suelen ser vagos e imprecisos y están superpuestos entre sí presentando muchos menos detalles que las escenas recordadas en las etapas anteriores.

En la ejecución de este objetivo el terapeuta se encuentra con la dificultad de que el paciente ha construido una versión de su historia vital que ha estructurado a lo largo de los años con explicaciones consistentes con la imagen construida de sí mismo. Esto hace que durante el proceso de reconstruir las experiencias inmediatas de esta etapa de la vida sea muy probable que los recuerdos de sus relaciones de apego, afectivamente significativas, evaluados y auto referidos engañosamente y las explicaciones consistentes con estos recuerdos oficiales sean desafiados violentamente por la revisión en la moviola de esos recuerdos rígidamente estabilizados.

Lo que permite al terapeuta conducir la investigación del paciente hacia estos puntos discrepantes y no a los confirmatorios es el conocimiento a fondo de la vía evolutiva que caracteriza a la organización de significado personal del paciente y los procesos de autoengaño con los que opera para mantener su coherencia.

Hay que considerar que en general los pacientes suponen que los hechos se identifican con las explicaciones más que tener conciencia de que estas explicaciones se construyen sobre experiencias vividas. En este sentido el terapeuta, realizando una continua diferenciación entre experiencia inmediata y explicación reconoce las experiencias discrepantes que hay que ordenar y reformula las discrepancias entre lo que el cliente ha dado por sentado toda su vida y que ahora parece tan diferente.

El trabajo de recopilación de eventos significativos de la historia evolutiva se hace considerando tres etapas madurativas. En cada una de ellas se reconstruye primero una visión panorámica que permite ubicar los sucesos reformulados como significativos y luego el terapeuta conduce a que el paciente se focalice en cada uno de ellos pasándolo a través de la moviola, reconstruyendo los patrones vinculares, la experiencia subjetiva que el niño tenía y el sentido de sí mismo y del mundo experimentado.

Estas etapas madurativas son:

-infancia y años preescolares, de 0 a 6 años

-niñez entre los 7 y los 12

-adolescencia y juventud entre los 13 y los 20

Aquí la técnica de la Moviola sufre una modificación: se efectúa el procedimiento regular cambiando el enfoque desde el punto de vista subjetivo al objetivo pero en este caso se utilizan dos puntos de vista objetivos.

Uno es el punto de vista de como el paciente se vio desde afuera al reconstruir ese momento y el otro es como se ve la misma escena mirada desde el punto de vista de quien es hoy día.

El objetivo de esta etapa es reconstruir el patrón vincular que se va construyendo durante la historia de interacciones y las experiencias subjetivas que lo acompañan con el objeto de

reconstruir el sentido de si mismo que surge de la manera en que el niño ve al mundo en ese momento.

De esta manera el paciente puede hacer un salto desde entender su vivencia como algo ya dado a verla como un proceso auto-referencial y autoorganizado que le permite ordenar tácitamente las experiencias pasadas y presentes en una coherencia que le dé un sentido de continuidad personal.

Los primeros recuerdos de Fernando son muy vagos y difusos y sus contenidos emotivos son los de un sentido de armonía y felicidad. Son recuerdos con contenidos idealizados de la vida en especial de la familia. Recuerda situaciones en la educación básica en las cuales a menudo disfrutaba con la idea de que sus padres eran inseparables pero que los demás no gozaban de la misma posibilidad de sentirse seguros tal como él se sentía.

Durante el proceso de reconstrucción de esta fase recuerda que de él se decía que era un niño ejemplar, un niño muy independiente pero también un niño modelo que siempre cumplía con sus obligaciones y nunca daba problemas.

También recuerda que desde muy temprano era muy enamorado y que su actitud hacia el sexo opuesto era casi como la de una persona mayor ya que a las niñas que le interesaban las mimaba y les regalaba flores y desplegaba otras formalidades de seducción que eran muy aplaudidas por la familia. Él tenía algunas obligaciones domésticas que cumplía gustosamente tal como hacerse cargo de sus hermanos menores, reemplazando así a veces a la madre. Veía a su madre como la persona que los unía a todos, trabajadora y responsable.

El paso de la casa al colegio fue fluido y sin conflictos.

La madre era la Directora del colegio al que ingresó y este estaba ubicado contiguamente a su casa de modo no tuvo oportunidad de sufrir muchas de las dificultades que otros niños sufren en la transición de la edad preescolar a la escolar. Él crece como un niño líder competitivo y luchador y con un sentido muy alto de su libertad y autonomía personal. Desde muy temprano se caracterizó por pertenecer activamente a toda clase de organizaciones de orientación social o gremial y ocupó altos cargos de dirigencia estudiantil.

Alrededor de los 14 años sufrió un vuelco radical en su forma de ser. En breve tiempo se transformó en una persona socialmente retraída y amarga y en alguien muy crítico y enjuiciador de la gente y la familia. Haciendo una revisión de los eventos significativos de la época él se da cuenta, con gran angustia de que su cambio coincidió con la inesperada separación de los padres y con un cambio radical de las actitudes de la madre y los hermanos, que se convirtieron en seres muy egocéntricos y preocupados solo de ellos mismos como mencionó amargamente. También queda claro que su actitud hacia las mujeres también cambió y pasó desde ser un niño seductor y enamorado a una actitud de retraimiento y timidez.

Al buscar en los primeros recuerdos de su infancia, Fernando no pudo recordar ninguna escena dolorosa o negativa. Solamente recordaba de esta época y con especial placer un momento a los 6 años de edad, en el cual él, estando en el patio del colegio jugaba con un autito a pedales, solo, y sumamente feliz. El paciente consideró en ese momento que no tenía ningún sentido reconstruir esa escena puesto que no representaba ningún sufrimiento, pero aceptó hacerlo dado el compromiso asumido con el terapeuta de seguir investigando en su experiencia personal.

Al pasar la escena en la moviola hacia atrás y hacia delante y desde los dos puntos de vista objetivos hasta el punto de vista subjetivo, el paciente se sorprende enormemente al descubrir que la escena que él vivía como la máxima demostración de su arraigado sentido de independencia en realidad resultaba ser todo lo contrario. Él recuerda detalles nuevos tales como el hecho de que en realidad él nunca estaba solo, ya que usualmente él era afectuosamente observado desde la ventana de su casa por otros familiares, ya que la casa colindaba con el patio de la escuela, la cual además era dirigida por su madre. La madre, con su autoridad lo respaldaba constantemente ante los demás niños y los docentes. Se da cuenta de que la sensación de contar siempre con alguna persona que lo miraba afectuosa o simpáticamente desde esa ventana era lo que le daba una profunda sensación de seguridad. Súbitamente tiene la angustiada conciencia de que la idea de sí mismo de ser un hombre independiente y autónomo ya no le hace más sentido. En ese mismo momento empieza a tener un flujo de imágenes y recuerdos personales en los cuales se ve como un niño que siempre necesitaba a alguien a su lado para decidir algo o simplemente para disfrutar sus actividades favoritas.

Para Fernando esto significó una sensación de profundo desencanto personal, pero a la vez la tranquilidad de reconocerse de una manera más consistente y armónica al revisar y reordenar longitudinalmente su historia de vida a la luz de su sensibilidad al juicio de los demás. Puede explicarse además el brusco cambio experimentado a los 14 años cuando pasó a ser otra persona, al comprender que haber perdido la validación de tener la imagen de una familia sólida que lo respaldaba en toda exploración de la realidad. Y en particular la profunda decepción de su madre la cual pasó desde ser la persona que unía a la familia a ser una que solo pensaba en sí misma y que empezó a ver como una persona intrusa e invasiva en su vida personal. También le resultó más comprensible su necesidad de incondicionalidad total en su vida afectiva.

5-COMENTARIOS FINALES

La Terapia Cognitiva Procesal Sistémica de Vittorio Guidano es la decantación del pensamiento, inicialmente conductista experimental, del producto de la experiencia clínica del autor pero fundamentalmente de las discrepancias que sufrió en el ejercicio de la profesión de psicoterapeuta. Más que una teoría, Vittorio Guidano nos brindó un punto de vista diferente para comprender la experiencia humana que a mi parecer puede ser la base de una reformulación de la psicoterapia como disciplina, a partir de una elección epistemológica diferente.

Es una terapia que pretende ir más allá del sentido común y que combina el rigor explicativo del marco metodológico con el trabajo experiencial.

Espero haber podido transmitir la idea de que esta terapia es esencialmente un método y que la técnica en sí es subsidiaria. Es importante entender esto ya que al escribir este capítulo he tenido permanentemente en mi mente las palabras de Guidano advirtiendo los peligros de exponer la acción terapéutica en detalle ya que esto podría ser entendido como la manera correcta de hacer las cosas con el peligro consiguiente de descuidar la metodología terapéutica como la finalidad última de la acción del terapeuta.

Las ejemplificaciones que he utilizado en negrilla deben considerarse solo breves viñetas de una acción estratégica mayor cuya complejidad estratégica y experiencial es difícil de representar en un documento como este. Advertencia que no es una mera formalidad. En un

enfoque para el cual la experiencia es siempre auto-referencial y en la cual el paciente no puede ser determinado sino que solamente puede ser perturbado, no podemos ya mas hablar de una relación causa-efecto entre el operar del terapeuta y el efecto en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

-Balbi, J. (1997) El proceso Terapéutico en la terapia cognitiva posracionalista. En Manual de Psicoterapias Cognitivas. Compilado por Isabel Caro. Paidós.

-Balbi, J. (1994) Terapia Cognitiva Postracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano. Buenos Aires. Biblos.

-Ferrer, M.; Skoknic, P. (1998) La Identidad Personal como un Metanivel Autorregulatorio del Nivel Autorregulatorio Emocional: Un Modelo Evitativo de la Progresión Ortogenética. Presentado en el VI Congreso Internacional sobre Constructivismo en Psicoterapia, Siena Italia.

-Guidano, V. (1997) Relación entre vínculo y significado personal; una perspectiva narrativa para explicar el proceso de cambio. Curso-Taller en Santiago de Chile. Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista.

-Guidano, V. (1996) Abordaje Clínico en el Enfoque Posracionalista, Conceptualización, Planificación e Intervención. Curso en Santiago de Chile, Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista.

-Guidano, V. (1995 a) Constructivist Psychotherapy : a Theoretical Framework, en Constructivism in Psychotherapy, Edit. Neimeyer, R.; Mahoney, M, EE:UU: APA. - Guidano, V. (1995 b) Self Observation in Constructivist Psychotherapy, en Constructivism in Psychotherapy, Edits.. Neimeyer, R. ; Mahoney, M., EE:UU: APA.

-Guidano, V. (1994) El Si Mismo en Proceso. Barcelona, Paidós.

-Guidano, V. (1990) De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad. La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. Revista de Psicoterapia, Vol 1, No. 2-3, España.

-Mahoney, M. (1995) Continuing Evolution of the Cognitive Sciences and Psychotherapies en Constructivism in Psychotherapy Edits . Neimeyer, R. ; Mahoney, M., EE.UU., APA.

-Mahoney, M.(1991) Human Change Processes, the Scientific Foundations of Psychotherapy. EE.UU. Basic Books.

-Maselli, P; Cheli, C. (2000) Psicopatologia descrittiva e Psicopatologia Explicativa dei Disturbi Alimentari Psicogeni IPRA Roma (www.ipra.it).

-Maturana, H (1997) La Objetividad; un argumento para obligar. Chile Dolmen Ediciones.

-Maturana, H y Varela, F. (1995) De Maquinas y Seres Vivos. Chile, Editorial Universitaria.

-Zagmutt A.; Ferrer, M. (2002) Los trastornos de la alimentación. Un enfoque constructivista posracionalista. Edits. Nabuco, A. & Roso, M. (no prelo). Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: novas fronteiras da pratica clinica. Porto Alegre: Artes Médicas.

-Zagmutt, A. (2000) La comprensión del síntoma desde el enfoque posracionalista Conferencia dictada en Montevideo, Uruguay. III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latinoamericanas.

-Zagmutt, A. (1999) El hombre como un sistema epistémico autopoietico. Simposio: Terapia Cognitiva Posracionalista, Teoría y Método Terapéutico, II Congreso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas. Rio de Janeiro.

-Zagmutt, A. ; Lecannelier, F.; Silva, J. (1999) The problem of delimiting constructivism in psychotherapy Journal of Constructivism in the Human Sciences. Vol 4, No 1, pags. 117 – 12.

-Zagmutt, A (1998) Intervención en crisis desde el enfoque posracionalista y el marco narrativo de la experiencia humana, en Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol VII, No 2.

-Zagmutt.A; Silva J. (1999) Conciencia y Autoconciencia: un enfoque constructivista. . Revista Chilena de Neuropsiquiatria.Año 53 , Vol. 37 , No 1 , pags. 27 - 34.