

COMPRENSIÓN Y EXPLICACIÓN EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO: LA CO-CONSTRUCCIÓN DE LA “LÓGICA” DEL SÍNTOMA POR PARTE DEL PACIENTE Y DEL TERAPEUTA

Lorenzo Cionini y Gianluca Provvedi

Facultad de Psicología de La Universidad de Florencia y Escuela de Psicoterapia Cognitiva de orientación Constructivista del CESIPc de Florencia

In this article the phenomena of comprehension and explanation as tools in the therapeutic process are considered from a constructivistic point of view. These phenomena are analyzed according to different but complementary meanings for both therapist and patient.

EL “INVESTIGADOR” Y EL “NARRADOR”

En el curso ya más que centenario de la historia de la psicoterapia se han propuesto varias metáforas clave para representar el proceso psicoterapéutico; unas de las más conocidas son las del hombre “arqueólogo”, “científico”, “investigador”, “narrador”.

Dentro de la historia del pensamiento occidental, hace algo más de un siglo, Dilthey (1883) dio a conocer la diferencia entre dos maneras de abordar el conocimiento, la explicación y la comprensión, que se puede poner en relación con la distinción establecida por Windelband (1991) entre métodos nomotético e idiográfico. Según Dilthey, la explicación es propia de las ciencias naturales y procede por generalizaciones, haciendo referencia constante a la noción de causalidad, mientras que la comprensión es propia de las ciencias del “espíritu” y concierne las metas existenciales y los significados de la persona en su globalidad.

Si bien la noción de causalidad aludida por Dilthey no es una referencia epistemológica del todo coherente con nuestra teoría de referencia, más cercana al explicacionismo no basado en la causalidad (véase Marhaba, 1976), creemos que

la metáfora más adecuada para representar el trabajo del paciente al interno de un proceso psicoterapéutico es la del hombre que al explorar su propio mundo alterna el rol del “investigador”, que se vale de una actitud explicativa, con el rol del “narrador”, que persigue la comprensión, integrando estos dos modos cognoscitivos en un proceso cíclico.

COMPRENSIÓN Y EXPLICACIÓN EN PSICOTERAPIA

La psicoterapia consiste en una relación de ayuda que se lleva a cabo a través de un diálogo, en general, entre dos personas. Como en todo diálogo, en éste también entran en juego procesos de comprensión y de explicación. La especificidad de la psicoterapia en comparación con otras formas de diálogo se basa en el hecho de que los dos actores de la interacción tienen un objetivo en común, es decir que la comprensión y la explicación de ambos se dirigen hacia el mismo objeto: la persona del paciente. Es por este motivo que los procesos de comprensión y de explicación del terapeuta y del paciente no son especulares como en un intercambio dialógico común, sino que adquieren características diferenciadas entre sí.

Los procesos explicativos entran inevitablemente en juego en cada intento de dar sentido a lo que ocurre en lo cotidiano, permitiendo la formulación de anticipaciones, y en consecuencia son generalmente funcionales para el afrontamiento de las situaciones de la vida, de una forma subjetivamente eficaz. Sin embargo, dado que comportan una canalización y una vinculación de los procesos perceptivos y de previsión, las explicaciones no siempre sirven de ayuda para la consecución de los objetivos de las actuaciones cotidianas.

En psicoterapia, aun más que en la vida común, nos encontramos a menudo frente a explicaciones que obstaculizan el movimiento y, por ello, la resolución de problemas. A nivel general las explicaciones limitan la complejidad de la experiencia y de las elecciones operativas, y en particular, algunas explicaciones denominadas “racionales”, las que los psicoanalistas llaman “insight intelectuales” - aunque puedan parecer plausibles o “correctas”- contribuyen a mantener la situación problemática invariada; al contrario, a menudo su plausibilidad dificulta la búsqueda de explicaciones alternativas. A pesar de su ineficacia existe una tendencia a mantenerlas, porque cualquier explicación, por ineficaz que sea, es preferida al “vacío”, a la ausencia de explicaciones.

En cambio, cuando hablamos de comprensión, nos referimos a un proceso que se puede describir como “tomar contacto con...”. Karl Jaspers (1959) en su obra monumental “Psicopatología General” describe la comprensión como “*la visión intuitiva del espíritu desde dentro. No llamaremos nunca comprender, sino “explicar” el conocimiento de los nexos causales objetivos que siempre se ven desde fuera*” (Jasper, 1959, p. 30).

Comprender conlleva prestar atención a los valores y las metas de la persona y por ello siempre está en conexión con la activación de los conocimientos

pertencientes al dominio afectivo-emotivo. Se trata de un proceso que conlleva una visión global y holística y que se inscribe en el fenómeno descrito por Gadamer como “círculo hermenéutico”, según el cual “el sentido de lo específico sólo se puede comprender por medio del sentido del todo” y viceversa. Cada comprensión comporta una “pre-comprensión” debida a los presupuestos del interlocutor, de los cuales no se puede prescindir, y que sin embargo tienen que hacerse conscientes para que sea posible abrirse a la novedad de lo que se dice. Lo que afirma Gadamer en relación a la comprensión de un texto es desde nuestro punto de vista ampliamente transferible al contexto psicoterapéutico: *“Hay que estar preparados para dejarse decir cualquier cosa por un texto para poder comprenderlo. En consecuencia, una conciencia hermenéuticamente educada debe ser previamente sensible a la alteridad del texto. Dicha sensibilidad no presupone ni una objetiva “neutralidad” ni un olvido de sí mismos, sino que conlleva una toma de conciencia exacta de los propios pre-supuestos y de los propios prejuicios. Hay que ser conscientes de las propias prevenciones para que el texto se presente en su alteridad”* (Gadamer, 1960, p.316)

Toda comprensión es una “comprensión con...” y siempre presenta una dimensión dialógica, la que Gadamer llama fusión de horizontes, donde el horizonte histórico del texto se encuentra con el horizonte del intérprete. En psicoterapia el horizonte del paciente tiene que encontrarse con el horizonte del psicoterapeuta, y cuando esto ocurre la comprensión promueve una construcción del significado, una producción compartida a la cual concurren tanto el paciente como el terapeuta.

LA PERSONA QUE SUFRE Y LA PSICOTERAPIA

La persona que sufre y pide ayuda en psicoterapia puede ser vista como un sistema bloqueado en sus posibilidades de movimiento. Tiende a construir sus propias experiencias de forma estereotipada, activando de modo prevalente y repetitivo pocos esquemas, y siempre los mismos, en una gama diferenciada de situaciones. Todo esto produce una limitación de la capacidad por discriminar en lo cotidiano las diferencias que serían perceptibles potencialmente. La vida aparece como dominada por “temáticas” que se insinúan de manera invasiva en el modo de percibir los otros, uno mismo y los contextos varios de la vida cotidiana. Por ejemplo, unos pueden tender a advertir de forma recursiva las relaciones sociales y las situaciones de la vida como constrictivas, otros pueden condicionar totalmente sus acciones al juicio ajeno, otros más pueden sentirse compulsivamente impulsados a vivir de modo agonístico las relaciones interpersonales etcétera. Además, una escasa articulación e integración del sistema puede hacer que determinadas experiencias “críticas” se construyan de formas diferentes e incompatibles entre sí en el ámbito de dominios distintos de conocimiento. Por ejemplo, una figura parental puede ser definida como una persona maravillosa a nivel semántico-declarativo, mientras que todos los recuerdos que la conciernen se caracterizan por emociones

negativas; o una experiencia determinada puede ser construida como negativa en el plan declarativo a pesar de haberla vivido emocionalmente como placentera.

En general, aun podríamos decir que el sistema cognoscitivo de quien es portador de sufrimiento psicológico se caracteriza por rigidez y/o laxitud estructural a altos niveles. Tales características, y los modos de construir la experiencia que se derivan de ellas (véase Cionini, 1991, 1998), pueden dificultar el reconocimiento de las invalidaciones en las cuales puede incurrir la experiencia, excluyendo a priori la posibilidad de utilizar las mismas invalidaciones para incrementar la complejidad del sistema y acrecentar sus capacidades heurísticas.

El objetivo principal de la psicoterapia es reactivar un movimiento del sistema. Para tal fin, el proceso terapéutico se propone como objetivos los que se indican a continuación:

(Como condición necesaria pero no suficiente). El incremento de las capacidades metacognitivas y autoreflexivas del paciente sobre los propios procesos sistémicos. Dicho incremento deberá llevar a la construcción consciente de las “metas” y de la “función” de los procesos que determinan el malestar emocional, de forma que los síntomas –previamente únicamente construidos como causa del propio malestar, y que en consecuencia hay que eliminar- se puedan comprender en su significado y reconceptualizar como protectores y funcionales en relación a unos objetivos jerárquicamente supraordenados del sistema.

Estimular la adquisición de una mayor flexibilidad y articulación estructural que permita al paciente una mayor capacidad para discriminar y diferenciar las experiencias, tanto para construir como para utilizar las invalidaciones.

Promover una mejor integración de los diferentes dominios cognoscitivos, por medio de una mayor comunicación intrasistémica y como consecuencia de incrementar las capacidades del paciente para representarse (de manera explícita y/o implícita) las metas personales en distintos niveles jerárquicos y para adoptar estrategias cognitivas, emocionales y comportamentales eficaces para su consecución.

COMPRENSIÓN Y EXPLICACIÓN EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

El punto de partida del recorrido psicoterapéutico está constituido por las explicaciones del paciente acerca del propio malestar. Presumiblemente el paciente, en el momento en que pide ayuda terapéutica, ya ha construido unas explicaciones propias implícitas o explícitas de su malestar, que, sin embargo, han resultado ineficaces para afrontar y resolver los problemas que se proponían explicar. Al contrario, se puede suponer que las explicaciones del paciente son funcionales para el mantenimiento de un equilibrio estático del sistema, en relación a objetivos no conscientes pero jerárquicamente supraordenados del sistema mismo. Supuestamente, su ineficacia para superar el malestar deriva de la incapacidad del paciente

para tomar en cuenta contemporáneamente e integrar entre sí aspectos distintos y relevantes del Sí mismo.

En el curso de la psicoterapia las explicaciones del paciente han de ser comprendidas por el terapeuta, y eso puede ocurrir en la medida en que éste capte los significados semánticos y afectivos que el paciente atribuye a sus propios comportamientos, a sus propias experiencias y a la narración de sí mismo, intentando ponerse en su punto de vista. Para comprender al paciente, el terapeuta no sólo tiene que ir más allá de los significados constituidos sobre la base de su propia experiencia personal o de la lógica del sentido común, sino también dejar momentáneamente de lado los modelos interpretativos de su propia teoría clínica, para poder entrar en la lógica y en los significados estrictamente subjetivos y peculiares del paciente. Acceder al mundo del paciente significa entrar en sintonía con sus emociones, sus estados afectivos, sus sensaciones. Para tener éxito en esta tarea, el terapeuta tiene que aflojar sus propios procesos selectivos e interpretativos y posicionarse en la relación con una actitud de apertura que facilite la toma en cuenta del otro en su totalidad.

La explicación del terapeuta debe producirse sólo con posterioridad a la comprensión, dado que debe utilizar como punto de partida los significados del paciente, tal y como él ha conseguido construirlos en el intento de comprenderlo, para introducirlos en el contexto de una hipótesis profesional. Sólo después de activar el proceso de comprensión el terapeuta puede utilizar los instrumentos conceptuales ofrecidos por su propio modelo clínico para formular sus explicaciones, es decir, para proceder en la propia construcción profesional del malestar del paciente, de su historia y de sus formas de organización estructural y funcional. Todo ello comporta la construcción de hipótesis explicativas sobre la génesis de las problemáticas del paciente y sobre su funcionalidad para el mantenimiento del equilibrio sistémico. Dicho proceso no puede en cualquier caso derivarse de la aplicación abstracta de modelos o esquemas profesionales generales a la persona del paciente, sino solamente de la construcción de un modelo individual capaz de representar la unicidad y la totalidad de su persona.

Es importante subrayar que las hipótesis explicativas del terapeuta siempre deben considerarse provisionales y aproximativas, dado que su construcción y reconstrucción no pueden ser sino continuadas durante todo el proceso terapéutico. Como ya se ha comentado, explicación y comprensión deben considerarse como procesos puestos en marcha en una secuencia circular; las hipótesis pueden por tanto ayudar al terapeuta en la profundización de su comprensión del otro y sucesivamente en articular y especificar ulteriormente sus propias construcciones profesionales.

Como se ha dicho anteriormente, el proceso terapéutico se propone inducir un movimiento en el sistema y especialmente en las explicaciones del paciente, con el fin de que salgan de su repetitividad. Para que esto sea posible es necesario crear en

el encuadre las condiciones que permitan al paciente superar la amenaza implícita en el proceso de exploración de partes inexploradas del Sí mismo. La percepción de una comprensión “cálida” por parte del terapeuta puede facilitar este aspecto, en tanto que transmite un mensaje de aceptación incondicional y favorece la instauración de una sensación protectora y un clima de seguridad. Lo que permite al paciente “aflojar” sus propias explicaciones es el mensaje del terapeuta que está en contacto con lo que es “importante” para él. A su vez, las explicaciones que el terapeuta se ha construido le permiten plantear preguntas críticas que faciliten la invalidación y/o la relativización de las explicaciones del paciente y ofrecer al paciente unos puntos de arranque no estructurados que puedan abrir camino para construir explicaciones alternativas.

Inicialmente las explicaciones alternativas del paciente también son necesariamente aproximadas, pero desarrollan la función de evocar experiencias, sensaciones, recuerdos, episodios, estados afectivos, etcétera, que pueden facilitar el acceso a aspectos significativos de uno mismo hasta ese momento no tenidos en cuenta. Estos aspectos tienen la posibilidad de ser reelaborados y dan lugar a nuevas estructuras de significado, prevalentemente emotivo-afectivas, conectadas con los propios objetivos existenciales, activando en el paciente una mayor comprensión de sí mismo.

Paraphraseando libremente a Gadamer se podría decir: *quien quiere comprenderse a sí mismo tiene que estar preparado para dejarse decir cualquier cosa por “sí mismo”; por ello, una conciencia hermenéuticamente educada debe ser sensible a la novedad del Sí mismo.*

Con la progresión del recorrido terapéutico y del proceso de cambio, la explicación y la comprensión se vuelven más difíciles de discriminar a causa de su inducción recíproca. La comprensión produce explicación, y ésta lleva a niveles superiores de comprensión, realizando de manera progresiva un proceso de integración. En esta dinámica de alternancia entre comprensión y explicación, la aceptación de sí mismo emerge como producto y, al tiempo, como motor del cambio. Efectivamente, al final del proceso terapéutico el cambio conlleva contemporáneamente una aceptación de las propias características modificadas y de las no modificadas, y una relectura de la propia historia.

Para intentar una ejemplificación de las secuencias explicación-comprensión-explicación... del paciente en el seno de un recorrido psicoterapéutico, proponemos el caso clínico de un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo grave, tratado por uno de nosotros. Es uno de los casos más interesantes llevados en psicoterapia por uno de los autores, que le permitió entender desde dentro la lógica y el significado del trastorno obsesivo-compulsivo; un paciente que ha enseñado muchísimo a su psicoterapeuta, permitiéndole tratar a continuación con éxito otros casos con el mismo tipo de problemática.

EL CASO DE B.

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 40 años de edad, licenciado, profesional liberal. Más allá de los síntomas obsesivo-compulsivos, consideraba su vida en conjunto como satisfactoria en el ámbito de las relaciones familiares, de las relaciones sociales y de la actividad profesional que desarrollaba con éxito. Los rituales y las obsesiones se centraban sobre todo acerca del temor que pudieran ocurrir accidentes graves de los cuales habría podido sentirse responsable. Las preocupaciones se referían sobre todo a la muerte de los miembros del núcleo familiar (mujer e hijos), pero se extendían también al círculo de personas y de amigos más cercanos.

Los rituales de control tenían un significado de salvación, eximiéndole de la culpa por los eventos temidos. Los más comunes consistían, por ejemplo, en cerrar repetidamente la puerta de casa y del despacho, cerrar y abrir las cortinas y los cajones, encender y apagar repetidamente de los interruptores de la luz, controlar la llave del gas, en una secuencia de condiciones y de comportamientos que tenían que producirse para poder entrar en la cama y dormir, en la necesidad de mirar su propio reloj de pulsera un número determinado de veces en una secuencia rápida, etcétera. Las obsesiones estaban relacionadas con el tema mismo de la muerte por medio de imágenes, palabras, pensamientos, sensaciones. Rituales y obsesiones eran tan intensos y frecuentes que llegaban a comprometer la jornada entera del paciente e impedirle siquiera la lectura del periódico, dado que se bloqueaba en todas las palabras que podían de alguna forma recordar los temas de la muerte, de los accidentes, etcétera, y tenía que volver a leer la frase o el párrafo entero una y otra vez hasta que, sobre la base de un complejo “cálculo matemático”, se sentía seguro acerca de la posibilidad de seguir. Los rituales se presentaban de forma especialmente intensa en el ámbito familiar. En las demás áreas de vida también estaban presentes, pero B. las podía controlar por medio de estrategias de enmascaramiento muy eficaces. La estructura de los rituales se basaba en la búsqueda de una regularidad, garantizada por un “orden matemático” tan complejo que ni siquiera era posible describirlo en detalle al terapeuta.

La psicoterapia duró seis años, más año y medio de seguimiento; en esta última fase la frecuencia de los encuentros se había espaciado gradualmente, con intervalos de uno a seis meses.

En la primera sesión B. había declarado que estaba buscando un “técnico” que le ayudara a resolver sus problemas, de los cuales no entendía el origen, dado que “nunca le había violado una docena de negros”.

Presentamos el caso reportando de forma literal algunas frases dichas o escritas por el paciente durante el curso de la psicoterapia; frases que se pueden valorar como especialmente representativas de las principales fases de su “movimiento”. Los extractos elegidos se refieren al período desde finales del cuarto año de terapia hasta la finalización del seguimiento. Es evidente que su formulación ha

sido posible gracias al trabajo efectuado durante los primeros cuatro años de psicoterapia.

Mientras que, como ya hemos dicho, inicialmente el paciente era incapaz de formular cualquier tipo de explicación de su sintomatología, al principio del cuarto año de psicoterapia llega a construir una primera explicación *de la función de los síntomas*, poniéndolos en relación con sus propios sentimientos de culpa y de responsabilidad por lo que habría podido ocurrir a las personas queridas:

Los síntomas son un mecanismo de salida de la culpa, los síntomas son sacrificales, así yo me derresponsabilizo por lo que puede ocurrir a los demás, así elimino la culpa.

A esta explicación sigue un intento de comprensión *de su malestar y de su origen histórico-personal*. Volviendo a tomar contacto con sensaciones de su pasado, el paciente consigue reformular acontecimientos vividos y advertidos desde siempre como una fuente de malestar, que nunca habían resultado claros ni conceptualizables. A través de esta lectura, los síntomas se perciben como un intento de reaccionar a una situación de conjunto, de relaciones y de vida, sentida como caótica y por ello difícil de construir en términos de significado:

De niño: momentos de confusión indefinida en que no tienes soportes y no tienes puntos de referencia porque sales de una serie de eventos poco claros que sin embargo percibes de forma vaga como si dependieran de ti. Entonces adviertes la necesidad de hacer que las cosas vayan siguiendo por caminos determinados, porque si salen de ellos todos en la familia lo pasarán mal.

Para el paciente, de niño, los acontecimientos resultaban incomprensibles no sólo en sí mismos, sino también en cuanto a su papel y a su participación en ellos. La conflictualidad entre los criterios de referencia proporcionados por las figuras de apego (padre, madre, abuela) sobre lo que ocurría en su mundo, especialmente, pero no sólo en el familiar, había generado en él una sensación de caos que le llevaba a interrogarse, además de sobre qué significado atribuir a los eventos, también acerca de su propia culpa. Esta dificultad constructiva se traducía en una auto-atribución generalizada de responsabilidad, haciéndole sentir un “niño malo”. Lo que el paciente llega ahora a explicarse es que *la percepción de ser un niño malo* representaba un intento de proporcionar orden a su propia confusión, aunque no le permitía salir de la sensación de caos.

¿Qué es lo que me hacía sentir culpable? Pienso que el caos era debido al no comprender de qué era responsable. Era responsable de mi rol en la familia, de la posición que ocupaba... si soy un niño malo, entonces una responsabilidad la tengo. La confusión venía dada por el sentimiento de ser un niño malo y por no comprender por qué era malo.

El vacío que se producía por la dificultad de ordenar la realidad le llevaba a poner en marcha un mecanismo de compensación: los síntomas obsesivo-

compulsivos. La explicación que el paciente construye a este punto de la terapia concierne *la génesis y la función de los síntomas*, que ahora se conciben como método que permitía mantener bajo control “lo incontrolable”.

Toda la realidad que se me presentaba de niño era difícil de categorizar porque era caótica y yo conseguía ordenarla sólo por medio de reglas matemáticas [los rituales compulsivos] (...) todo lo que ha pasado hace años cuando era niño ha creado una relación muy sospechosa con la realidad, por la cual la realidad es ansiógena y todo lo que la atañe ha de ser controlado. Es un método que se crea para no distraerse nunca, para estar siempre atento frente a la realidad.

Estas afirmaciones constituyen una interpretación coherente del propio pasado; una verdadera explicación de las relaciones existentes entre la sensación de caos (la incapacidad constructiva), la percepción de responsabilidad/sentimiento de culpabilidad, la necesidad de control y los síntomas.

Esta reflexión y la sistematización del pasado permiten al paciente focalizarse nuevamente en el presente y tomar contacto con –comprender- que *el caos de hoy* atañe no tanto la generalidad de la experiencia, sino un aspecto particular de sí mismo: sus emociones. El mundo de las emociones representa un dominio más limitado en el cual la sensación de caos todavía es percibida de manera intensa. El mundo de las emociones es un mundo extraño y misterioso que el paciente representa a través de una metáfora rica de significado: los ruidos de la selva, incomprensible para un europeo.

Así como de niño la respuesta a un mundo, a una realidad poco clara se planteaba en términos de síntomas, ahora lo que es poco claro es el mundo de las emociones... todavía no lo he digerido. Ahora me doy cuenta de que las emociones me cogen desarmado... las emociones me preocupan, son una forma de realidad todavía desconocida. Yo me encuentro frente a las emociones como un europeo que se halla en la selva y oye ruidos extraños y no entiende qué son.

El siguiente pasaje relata una ulterior explicación de la función del síntoma. Para comprender la afirmación del paciente es necesaria una premisa. El terapeuta había propuesto de forma bastante (demasiado) precoz la hipótesis que los síntomas pudiesen relacionarse con el acontecer de eventos ansiógenos. El paciente había descartado drásticamente esta hipótesis sobre la base de una deducción lógica: “no es posible porque yo los síntomas los tengo siempre, en todos los momentos del día, y en consecuencia no es posible que estén sujetos a situaciones externas”. En esta fase del proceso terapéutico B. vuelve a tomar en consideración la hipótesis del terapeuta, pero de forma distinta y más articulada.

En el pasaje que sigue el paciente construye una explicación de la función de los rituales obsesivo-compulsivos que permite comprender un mecanismo en nuestra opinión válido para muchos pacientes con este tipo de problemas: hacer

frente a la amenaza constituida por cualquier “variación emocional”. Es importante subrayar que la amenaza vivida por el paciente no concierne sólo las emociones negativas, sino cualquier variación emocional, también en positivo.

Antes me preguntaba: “¿Cómo es posible que todo síntoma esté relacionado con algo si los síntomas son continuados?” Luego entendí como funciona: no es tanto así que los síntomas estén conectados con algo ansiógeno, como que se han transformado en un modo de afrontar la realidad. El síntoma es una forma de responder a la realidad que me envuelve, es una reacción a cualquier variación y no sólo en negativo, también en positivo. A cualquier variación emocional.

En consecuencia a esta explicación, B. consigue comprender un aspecto que había quedado como un “misterio” hasta ese momento: para qué razón se producía un incremento intenso de la sintomatología compulsiva en ocasión de situaciones o eventos considerados placenteros y potencialmente “tranquilos”, como por ejemplo, estar mirando felizmente la televisión con la mujer y los hijos.

El paso siguiente, común a muchos procesos psicoterapéuticos, consiste en el comprender *el síntoma como parte de sí mismo*. El paciente reconoce que los síntomas se han convertido en una parte de su identidad personal. A pesar de que el trabajo realizado hasta entonces hubiese tenido como consecuencia una notable reducción de la sintomatología, B. se da cuenta de que la eliminación de los síntomas se acompaña por la sensación de pérdida de una parte de sí mismo, de una parte de su identidad.

Al imaginar una vida posible sin síntomas, con fluctuaciones de ansiedad, puedo imaginar que al acostumbrarme ya no me venga la idea de zanjar la ansiedad, pero se me ocurre que ya no sería el mismo, no sería ya mi vida, mi identidad (...) Últimamente hay un revolvimiento total en los síntomas...para mejor, pero es igualmente un follón. Ahora estoy solo a casa [es verano y mujer y hijos están en un lugar de playa]. Hace un tiempo estaría devastado por los síntomas, ahora no. Los síntomas todavía están, pero en menor medida, sin embargo sufro de abstinencia por los síntomas. El mecanismo es: “Hace una hora que no hago síntomas...¿Lo he superado o no lo he superado?” ...Me pesa el tiempo pasado, empleado en hacer síntomas... “Ahora los vuelvo a hacer y soy yo”...Es una identidad que pierdes...y otra se está estableciendo...hay un momento...al cabo de una hora que no hago síntomas voy y cierro la puerta y me encuentro desplazado: “¿Qué coño estoy haciendo?”. Cierro la puerta... “Sigo sintiendo ansiedad...¿Por qué tengo que dejarlo?”

Percibir los síntomas como parte de la identidad personal representa un paso adelante en cuanto a la conciencia/comprensión de uno mismo, aun cuando la idea de enfrentarse a un cambio de identidad constituye en cualquier caso una amenaza difícil de afrontar.

En el extracto que sigue el paciente ofrece a sí mismo y al terapeuta una explicación de la manera en que está consiguiendo superar este obstáculo: aceptar la incertidumbre relacionada con la dificultad de construir el significado de las propias emociones. Dicha aceptación es sentida como un cambio de identidad, aunque no tan amenazante como la idea de tener que renunciar totalmente a los síntomas.

Para sostener la incertidumbre generada por las emociones B. ha tenido que realizar una discriminación previa entre la ansiedad y sus desencadenantes. Después de explicarse a sí mismo que la ansiedad procedía de la amenaza constituida por la variación emocional, tanto positiva como negativa, el paciente pone en relación la mejoría obtenida en terapia con la aceptación de tal variabilidad. No se trataba entonces de eliminar una parte de sí mismo, sino de aceptarse *por su manera de ser*, también en relación a las propias limitaciones constructivas y a los mecanismos puestos en marcha –los síntomas obsesivo-compulsivos- para compensarlas.

Creo que una parte de la mejoría está relacionada con la aceptación de la ansiedad, al menos de un determinado nivel de ansiedad, porque luego está la ansiedad que te revienta... pero en realidad lo que hay que aceptar no es la ansiedad, hay que aceptar la variabilidad emocional que provoca la ansiedad.

Aceptar la variabilidad emocional para no tener más ansiedad. Aceptar la variabilidad quiere decir cambiar de identidad. Pero aceptar la variabilidad es mucho menos dramático que cambiar de identidad, aunque significa justo eso.

La aceptación de los síntomas como parte de sí mismo lleva a su reducción drástica y su evolución se ve como resultado del proceso de comprensión-explicación. Los controles relativos a la sintomatología obsesivo-compulsiva originaria no se viven ya como extraños y obligados, como “síntomas” propiamente dichos, sino como conductas que pertenecen a la propia forma de ser. Si se utilizan de forma voluntaria y consciente, se pueden poner en marcha para afrontar los momentos más problemáticos, y tienen el poder de hacerle sentir mejor.

En relación a las compulsiones el paciente afirma:

Hay un control cuantitativo y cualitativo de la duración en el tiempo de cada síntoma. A veces todavía me bloqueo, pero la duración es menor y puedo salir de ello de forma distinta, por ejemplo dejo de seguir los números, me sonrío y me acepto, luego a lo mejor insisto, justo para calmarme, y lo dejo: pero mientras tanto he perdido la cuenta, es decir que he dejado de seguir al pie de la letra un procedimiento preestablecido. Estoy seguro de que es posible mejorar mucho más, pero el mecanismo ya está en marcha.

Y por lo que atañe las obsesiones:

He empezado a trabajarlas: soy menos preciso en las repeticiones, me

concedo algo, en ocasiones las puedo parar. Pero en general me abandono y las disfruto, creo que se pueda hacer mucho más, pero también pienso que, liberados de las repeticiones, que huelen demasiado a síntomas, las puedo utilizar tranquilamente, porque me hacen sentir bien.

En una de las últimas sesiones el paciente describe su actual estado emocional y el movimiento que se ha desencadenado como efecto del proceso de comprensión-explicación *de sí mismo y de su propia historia*, retomando algunas metáforas que había utilizado en el curso de la terapia: la “filosofía”, las “matemáticas” y el “saco sobre los hombros”. Con “filosofía” hacía referencia a todo lo que no se podía construir de forma clara en términos de significado. A la filosofía se contraponían las “matemáticas”, es decir el mundo de la certidumbre, de lo previsible, del control. El “saco sobre los hombros” es otra metáfora creada por el paciente en el momento en que había empezado a hablar de las emociones como aspecto problemático. En el saco están las emociones, algo percibido como fuera de sí mismo, “sobre los hombros”, un saco que no conseguía saber qué contenía, en que “no era siquiera posible introducir las manos”. La toma de conciencia del contenido del “saco” le permite la aceptación de su propio miedo, de su manera de ser y en consecuencia también de sus propios “rasgos” (ya no síntomas) obsesivos.

Para describir la situación actual B. afirma:

Con ello se entiende mi manera de sentirme, la emotividad que me envuelve, el estado emocional que vivo cotidianamente, fuera de las interrupciones dadas por los síntomas y por los pensamientos. Ahora ya es éste el aspecto más claro: es el discurso de la “filosofía”, del “saco sobre los hombros”: antes había incomprensión, por tanto miedo, por tanto síntomas. Ahora hay conocimiento, por tanto aceptación: aunque el estado es desagradable, lo sientes como tuyo, sabes qué es, sabes que eres obsesivo, lo palpas todo junto –el saco sobre los hombros- entonces lo aceptas, y de esta manera se vuelve incluso menos desagradable. Porque a fin de cuentas lo que se hacía desagradable no era otra cosa que el miedo, que yo sentía en el estómago, de algo que no sabía qué era, es decir, de la incomprensión.

Al terminar el proceso terapéutico, el paciente describe por escrito su conceptualización del recorrido entero del cambio y de sus resultados actuales, a través de otra metáfora: “el estanque lleno de barro”.

Vivir la ansiedad por el orden de forma relajada es aceptar ser obsesivo: la aceptación es uno de los mecanismos de la metáfora de el estanque lleno de barro. Hay una gruesa capa de barro en el fondo del estanque, y en parte en suspensión: se ve mal. De tanto en tanto una piedra (evento) cae en el agua, que se enturbia todavía más: el acontecimiento causa un pico de los síntomas. Luego, un buen día, en un lado de el estanque se abre una reguera de agua (la terapia) que empieza a generar un flujo de corriente

hacia el lado opuesto, donde hay un desagüe de salida. Al principio, y durante un tiempo, la situación empeora: el fondo se remueve, todo se enturbia y no se ve nada más. Luego, lentamente, el agua empieza a esclarecerse. Cuando ya es mucho más clara, la reguera se cierra, sin embargo ya se ha generado una corriente que sigue llevando agua hacia el desagüe y sigue limpiando, lentamente.

La metáfora en sí es muy rica de significado. Vale la pena observar cómo las imágenes de la segunda parte del texto se adaptan en buena medida a los recorridos terapéuticos concluidos con éxito. El agua que se enturbia corresponde a esa fase del proceso de cambio en que la invalidación de las explicaciones originarias del paciente, activada por la terapia, produce una sensación de vacío y de confusión que a menuda se verbaliza con frases del tipo: “Ahora que he entendido algunas cosas de mí mismo, ciertos mecanismos ya no me funcionan, ya no consigo utilizarlos, sin embargo no tengo todavía una alternativa”. Estamos en medio del vado, en medio del recorrido, y el agua del estanque se enturbia cada vez más. A continuación, la construcción paulatina de significados alternativos por parte del paciente promueve la utilización de estrategias que permiten que el agua empiece lentamente a esclarecerse. La conclusión de la psicoterapia no conlleva una completa eliminación de los problemas, pero sí una puesta en marcha de un proceso. Ahora ya se ha generado una corriente que sigue llevando agua hacia el desagüe y sigue limpiando, lentamente, más allá de la terminación de la terapia.

El objetivo de esta contribución es la presentación de una lectura del proceso terapéutico desde una óptica constructivista, por medio del análisis de dos fenómenos: la comprensión y la explicación. Éstos se analizan desde dos puntos de vista, el del terapeuta y el del paciente, a partir de la premisa que los dos fenómenos adquieren significados distintos según se apliquen a uno u otro actor de la interacción, si bien, al desarrollarse dentro de la relación terapéutica, se presentan como procesos complementarios y constituyen de hecho un fenómeno único.

Traducción: María Monini

Referencias bibliográficas

- CIONINI, L. (1991). *Psicoterapia cognitiva, teoría e método dell'intervento terapeutico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- CIONINI, L. (1998). *La psicoterapia cognitivo-costruttivista*. En: Cionini (Coord.). *Psicoterapie. Modelli a confronto*. Roma: Carocci.

- DILTHEY, W. (1883). *Einleitung in die Geisteswissenschaften. Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte*. Leipzig: Bd1.
- GADAMER, H.G. (1960). *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- MARAHABA, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*. Florencia: Giunti-Barbera.
- JASPERS, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag.
- WINDELBAND, W. (1911). *Präludien Aufsätze und Reden zur Einleitung in die Philosophie*. Tübingen.