

LA TÉCNICA DE LA MOVIOLA COMO MÉTODO DE REELABORACIÓN DE LAS NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS

Furio Lambruschi y Silvio Lenzi
Università di Siena.

The "moviola" technique constitutes the core of the post-rationalist therapeutic methodology. This paper analyze the moviola technique in its most strictly technical and procedural components and then submit their application at a meeting conducted by Vittorio Guidano to an analysis method based on cognitive-conversational method.

Key words: Moviola, cognitive-conversational method, post-rationalist therapeutic methodology

Introducción

La técnica de la “moviola” representa, como es conocido, el núcleo central de la metodología terapéutica postracionalista y en ella se expresa coherentemente el pasaje de una perspectiva de intervención basada sobre conceptos epistemológicos de tipo empirista y racionalista a una visión del proceso psicoterapéutico que asume en cambio como centrales los procesos de autoorganización del sí Mismo (Guidano, 1987, 1991, 2000; Dodet, 1998). En esta óptica el cambio se concibe ya no en términos de cambio semántico y transformación de determinadas creencias irracionales o distorsionadas, sino en términos de una reorganización más global del sistema cognoscitivo del paciente en niveles más evolucionados y articulados de coherencia interna. Entendiendo, obviamente, por “conocimiento” no sólo y no tanto el conocimiento de tipo “cognitivo” y racional, sino también y sobre todo el conocimiento tácito que el paciente posee de sí mismo y del mundo en términos sensoriales, motrices, cinestésicos, viscerales, neurovegetativos.

A pesar de la su centralidad y amplia utilización en la psicoterapia y orientación constructivista y evolutiva, no disponemos de descripciones suficientemente detalladas en el plano procedimental de esta técnica, ni directrices adecuadas para una atenta observación de los fenómenos internos e interpersonales que se desplie-

gan en su concreta aplicación clínica. El presente artículo se propone colmar al menos en parte tales vacíos, analizando en primer lugar la moviola en sus componentes más estrictamente técnico-procedimentales y posteriormente presentando algunas observaciones empíricas sobre la moviola, realizadas con el método del análisis cognitivo-conversacional.

La técnica

Tal como siempre lo ha concebido Vittorio Guidano, el trabajo terapéutico en la óptica postracionalista se desarrolla en el interfaz entre experiencia inmediata e imagen consciente de sí. Se trata de reconstruir con el paciente, por un lado, qué forma toma el fluir de sus estados de ánimo, lo que experimenta, su experiencia inmediata de los acontecimientos y por otro lado, cómo se los refiere, qué efecto tiene todo eso sobre la imagen consciente de sí mismo. En este sentido el método de la moviola se diferencia tanto de la introspección como de las técnicas de automonitorización, típicas de las terapias cognitivo-conductuales clásicas. Las técnicas introspectivas se ocupan casi exclusivamente del nivel de la experiencia inmediata, mientras que las de automonitorización se focalizan principalmente en el nivel de la explicación, de lo cognitivo, del diálogo interno. El trabajo en moviola induce al paciente a ocuparse, a focalizarse en la propia atención sobre la *relación* que hay entre los dos niveles, sobre posibles modalidades de integración entre los dos planos de la experiencia humana; llevando al paciente gradualmente a observar cómo algunos aspectos específicos de su experiencia inmediata detectados dentro una determinada categoría de acontecimientos, pueden permanecer no reconocidos como propios y formando parte de la imagen consciente de sí y pueden en cambio ser percibidos en términos egodistónicos, como hechos extraños a uno mismo e inexplicables.

Las explicaciones que el paciente nos ofrece son un indicio de cómo intenta reordenar en términos explícitos las percepciones inmediatas que tiene de sí y del mundo para mantener una imagen de sí aceptable y consistente. Si el terapeuta es capaz de distinguir en su mente estos dos niveles, será también capaz de ayudar al paciente a llevar a cabo una distinción parecida en su propio universo mental. Una cosa es la experiencia de rabia que yo experimento, por ejemplo, en relación con una figura afectivamente significativa de mi ambiente, y otra cosa es cómo seré capaz a posteriori de relatarme o explicarme esta misma experiencia de rabia, de buscar sus motivaciones.

Al reconstruir acontecimientos significativos hay pues que ayudar al paciente a distinguir entre el “por qué” (correspondiente al dominio de la explicación) y el “cómo” (correspondiente al dominio emocional de la experiencia inmediata). La narración que el paciente nos trae de su problema normalmente gira alrededor del “por qué” (¿por qué ha sucedido? ¿Por qué mi mujer se ha comportado de este modo? ¿Por qué piensa esto de mí? etc.); dirigir la atención al “cómo” significa en

primer lugar descender sobre el plano de la narrativa: ¿cómo ha sucedido esa pelea? ¿Cómo era la situación? ¿Quién era? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿De qué se estaba hablando? ¿Con qué tono la mujer ha pronunciado esa frase? ¿En qué momento se ha activado la rabia en él y de qué modo? ¿Y cómo ha continuado esa pelea una vez empezada? ¿De qué modo ha respondido la mujer? ¿Cómo ha sido el intercambio de golpes? ¿Cómo ha cesado la escalada? ¿Durante cuánto tiempo han permanecido en silencio? ¿Quién ha roto el hielo para reestablecer el contacto? Y de esta manera, el conjunto como si fuera el montaje de una secuencia fílmica, hasta la reconstrucción del acontecimiento completo.

Dentro de esta secuencia se puede pasar a reconstruir la experiencia emocional de rabia manifestada por el paciente, introduciéndolo de tal modo en la idea que los estados de ánimo, y los significados del sí mismo, son fenómenos complejos, articulados: un estado de ánimo como la irritación o la rabia va siempre acompañado de tonalidades sensoriales y motrices, viscerales complejas, además de escenarios imaginativos, imágenes sensoriales más o menos vívidas en las cuales me veo, por ejemplo, injustamente víctima del otro o en las cuales, por asociación, evoco recuerdos pasados marcados por tonalidades emocionales análogas.

Todo esto representa, por tanto, el “cómo” se despliega la experiencia de rabia de este paciente (la experiencia inmediata de sí mismo), bien diferente del “por qué” él piensa que se haya producido (la imagen consciente de sí): tarea del terapeuta es mantenerlas diferenciadas y pasar a continuación a construir el plano representativo subyacente.

Desde el punto de vista procedimental, una adecuada conducción de la técnica de la moviola requiere una atenta consideración de algunos aspectos técnicos fundamentales.

- A) *Concreción y especificidad.* En primer lugar es necesario pasar del plano de las categorías conceptuales (memoria semántica) a la experiencia (memoria) de tipo episódico. Los pacientes en general presentan sus problemas en términos generalizados, por categorías amplias (por ejemplo, por la mañana estoy siempre deprimido, cada vez que salgo de casa me pongo ansioso, etc). El primer paso crucial es ayudar al paciente a *descomponer el problema general en términos de acontecimientos específicos*, circunstancias, contextos, situaciones concretas en las que el problema se hace presente. El terapeuta debe animar al paciente a proporcionar ejemplos específicos y concretos del problema presentado, hasta ver cómo el problema mismo toma forma. No es suficiente, por ejemplo, saber que el paciente se siente tímido e incómodo con los demás: debemos ayudar al paciente a dar cuerpo a esta incomodidad identificando las situaciones en las cuales se produce, dónde, cuándo, con quién, de qué está hecha esta incomodidad, cuál es el conjunto de conductas a las cuales da el nombre de incomodidad. El trabajo con la moviola puede realizarse sólo

cuando el problema se ha reducido a específicas unidades episódicas, ejemplos específicos sobre los cuales podremos ir a focalizar nuestra atención “filmica”. Cuanto más el ejemplo que vamos a reconstruir tiene que ver con un hecho reciente, su evocación puede asumir mejor la forma de un *despliegamiento evocativo sistemático* (Rice, 1984): donde se pide al paciente que detalle la mayor cantidad posible de indicadores contextuales, aunque sean aparentemente banales: como estaba vestida la mujer, con qué tono ha pronunciado esa frase, etc.) y pidiendo un cuadro detallado de la situación en términos sensorialmente vívidos (visuales, auditivos, cenestésicos, etc).

- B) *Tiempo presente*. Un indicador de particular relieve de la calidad de la reconstrucción episódica realizada por el paciente y por el terapeuta en sesión, está en la utilización del tiempo presente (“¿consigue estar allí? ¿qué cara pone su mujer cuando le habla? ¿qué le dice? Consigue oír sus palabras? ¿Qué tono tiene? etc.). El tiempo presente en la narración del terapeuta y recíprocamente del paciente (“empieza como es habitual a reprocharme ... no lo soporto ... y empiezo a sentir rabia!”), garantiza la viveza y la intensidad emocional de la reconstrucción que juntos han conseguido realizar. La monitorización de este aspecto puede permitir al terapeuta elegir los momentos más significativos sobre los cuales realizar el proceso de ulterior exploración de la experiencia interna del paciente, o bien trabajar momentos de especial dificultad de focalización del paciente y de eventual “salida” del contexto evocativo/imaginativo.
- C) *Secuencialización y ralentización*. Una vez identificado un acontecimiento significativo es necesario secuenciarlo, es decir descomponerlo en una secuencia detallada de escenas. Tales operaciones se realizan del modo más meticuloso posible, verdaderamente como ponerse en el lugar de quien monta una secuencia filmica: buscando pues de representársela, de visualizarla detalladamente: dónde estaba el protagonista, quién era, quien ha empezado la interacción, cómo ha respondido el otro, etc. Naturalmente, la primera vez no esperamos ser capaces de reconstruir la secuencia de manera detallada y completa. Al inicio podremos focalizar y secuenciar dos o tres escenas toscamente; después, comenzando a recorrerlas, tales escenas empiezan a enriquecerse y toda la escena empieza a hilvanarse, hasta obtener (normalmente en tiempos relativamente breves) una secuencia escénica mucho más detallada. Es importante que se consiga tener una “panorámica” global (*panning*) sobre el acontecimiento, desde el inicio hasta el final, asegurándose sobre todo que el paciente tenga a disposición toda la secuencia escénica, pudiéndola, por así decir, “hacer correr” adelante y hacia atrás. En este punto tenemos a disposición una secuencia de escenas (escena 1 ... escena 2 ... escena 3 ... escena 4 ..., etc.) que

podemos comenzar a recorrer adelante y atrás focalizando atentamente una a una. Crucial, en este sentido, resulta la capacidad de *ralentizar* en la visualización las escenas, la capacidad de atravesarlas lentamente (como si estuvieran en la moviola), deteniéndonos cada vez sobre pasajes que nos damos cuenta que son emocionalmente más significativos para el paciente. La ralentización consiste en un proceso de des-automatización habitual de la elaboración perceptiva, empezando a prestar atención también a detalles mínimos que usualmente escapan a la conciencia. La evocación condensada de un acontecimiento (y de las escenas particulares) que en general nos relata inicialmente el paciente refleja su necesidad de escisión de aquellos elementos perceptivos y emocionales que no son coherentes con la imagen del sí mismo consciente. Donde, la tendencia habitual de los pacientes en la reconstrucción de un acontecimiento es la de ir rápidamente hacia el final de la escena, la tarea del terapeuta será en cambio la de ralentizar, detallar, pidiendo especificaciones y deteniéndose con atención sobre cada escena.

- D) *Zooming out e zooming in*. Al recorrer en panorámica y al ralentí toda la sucesión de escenas, se guía al paciente, alternativamente, a elegir una determinada escena para detallar y reconstruir aspectos determinados (*zooming out*), para después reinsertarla (*zooming in*), enriquecida de tal manera con detalles emocionalmente relevantes, en la secuencia completa, con el efecto de que ésta última se transforma a los ojos del paciente y asume nuevas connotaciones, determinando recursivamente la emergencia de nuevos detalles y nuevas tonalidades emocionales en las otras escenas. Obviamente, en una secuencia no todas las escenas han tenido el mismo valor: hay algunas más críticas, que señalan los pasajes más importantes en el modo de sentirse del paciente (aquella por ejemplo en la cual la mujer, con un tono particular, dice al paciente una frase crítica de juicio sobre su trabajo). Son estas las escenas que merecen un trabajo más incisivo y que serían por tanto “detenidas”, como en moviola, sobre ese particular “fotograma”, con zoom externo y reconstruidas con el paciente.
- E) *Punto de vista subjetivo/objetivo*. Al recorrer cada una de las escenas se lleva al paciente a colocarse alternativamente en dos puntos de vista diferentes:
- a.1) aquel que podríamos definir como un punto de vista interno o *subjetivo*, es decir, el ponerse en el lugar de quien está viviendo la escena, en el rol de actor protagonista; a partir de los detalles de contexto más relevantes para el paciente se busca que explicita su respuesta interior, es decir, pensamientos, diálogo interno, escenarios imaginativos, emociones, estados de ánimo. Sobre todo con algunas tipologías de pacientes más dados a representar su experiencia en términos conceptuales y

semánticos, será oportuno focalizar la atención de manera detallada sobre sus correlatos corporales, viscerales, neurofisiológicos de la emoción (“¿de qué manera te estás dando cuenta de que sientes rabia? ¿Cómo la sientes? ¿Dónde la sientes?”): es decir, los componentes afectivo-motrices de ese particular estado emocional. Este trabajo interno de reconstrucción puede ser imaginado como una especie de A-B-C cognitivo clásico puesto en movimiento, que tiene un matiz más fílmico que fotográfico.

- b.2) El punto de vista que podemos llamar externo u *objetivo*, en el cual el paciente se ve desde fuera, como en una película, y tiene hacia sí mismo una actitud análoga a la que se tiene al reconstruir un personaje de una película, elaborando inferencias sobre su posible experiencia interna vivida en una determinada situación. “Es más o menos lo que sucede cuando se considera una escena de una película y, a partir de las palabras y de las acciones de un personaje, se busca reconstruir los estados de ánimo, las motivaciones afectivas, las intenciones más o menos secretas, etc.; la única diferencia es que el personaje que se busca reconstruir de esta manera no es otro que uno mismo” (Guidano, 1991).

De este constante cambio interior/exterior (en que un punto de vista nutre y enriquece al otro) el paciente empieza a extraer información extraordinariamente significativa. Los dos puntos de vista permiten captar cosas distintas: cuando un paciente se coloca en una posición subjetiva, desde el interior está normalmente más atento a las motivaciones, a lo que hacía, a lo que experimentaba. Poniéndose en un punto de vista externo, tiende más a captar las consecuencias relacionales que tiene su manera de hacer, de actuar, sus palabras. Por ejemplo, viendo la escena desde dentro emerge una primera descripción de qué estaba hecha la irritación o la sensación de resentimiento hacia la mujer (estoy en la mesa, ella me dice esto, me asalta una rabia insostenible, me siento inflamado, siento un calor que me sube a la cabeza, la mando a freír espárragos); al observar la escena desde fuera empieza a hacerse evidente que la actitud de protesta hacia la mujer se lleva a cabo a través de modalidades peculiares: por ejemplo, el personaje habla con voz temblorosa, algo sumisa, casi como temiendo una reacción de la mujer (está allí en la mesa con la mujer, parece incrédulo, un poco titubeante, habla con la voz baja y un poco entrecortada ... parece un poco atemorizado en ese momento). Llevándolo hacia adentro (punto de vista subjetivo) es posible que la activación tome la forma de un verdadero estado de alarma acompañado de taquicardia, de una sensación de peligro inminente, hasta que gradualmente el paciente reconoce hasta qué punto se encontraba mal y se sentía amenazado por el juicio de la mujer y ha reaccionado intentado atenuar y gestionar aquella sensación de peligro y de

alarma a través de la rabia. Una vez enriquecida con estos detalles la escena obviamente retroactúa sobre las otras y modifica toda la secuencia: resulta más claro al paciente porque esa frase de la mujer ha tenido ese particular efecto sobre él, su trama de significado personal y la estructura de relación con la mujer.

Esta oscilación continua entre interno y externo tiene el efecto de aumentar considerablemente la flexibilidad del paciente y su capacidad de mirarse desde más puntos de vista (competencia metacognitiva): el punto de vista en que ha notado ese estado de ánimo la primera vez que ha tenido la experiencia; el verse desde el exterior en ese mismo momento; del punto de vista desde el cual podrían verlo otras figuras de referencia, etc.

Este método básico de autoobservación puede ser utilizado en fases diversas del proceso psicoterapéutico: en la fase inicial de reconstrucción de la secuencia sintomática relatada como problemáticas del paciente y por tanto de reformulación interna del problema. Después en términos de conexión entre aspectos sintomatológicos y desarrollo de las relaciones afectivamente significativas del paciente, y por tanto de reconstrucción de su estilo, de su carrera afectiva. Y finalmente en la reconstrucción de aspectos particulares de su historia de desarrollo. En cada uno de estos pasos el trabajo terapéutico, para desplegar su máxima eficacia, deberá centrarse sobre episodios críticos significativos, reconstruidos atentamente en moviola. Estos pasos posteriores del presente, al pasado próximo, al pasado remoto, introducen otros puntos de vista y perspectivas (uno mismo como actor sobre la escena entonces, uno mismo como espectador ahora) que incrementan posteriormente la flexibilidad y la articulación del sistema cognoscitivo del paciente.

En relación con esto, como veremos más adelante, las ciencias cognitivas han permitido detallar la descripción de la posible estructuración de los modelos operativos internos como base organizativa del sí mismo, postulando sistemas de memoria, inicialmente en forma de *memoria tácita*, articulada en esquemas *sensorio-motrices* (memoria procedimental) e *imágenes sensoriales*, y posteriormente en forma de *memoria declarativa* (proposicional), es decir, mediada por reglas lingüísticas, en sus componentes *episódicos* y *semánticos*; un conjunto armonizado en una *memoria de trabajo* que tiene como tarea integrar las diferentes representaciones disposicionales provenientes de diferentes sistemas.

Desde esta perspectiva, como veremos, se puede afirmar que el método de autoobservación vehiculado a través de la técnica de la moviola permite una extraordinaria posibilidad de sondeo, activación y integración de los diferentes sistemas de memoria, todo ello a través de una constante y sistemática traducción de la experiencia semántica del sujeto en determinadas y coherentes representaciones episódicas de sí mismo en la relación con el otro y a través de un constante movimiento y confrontación entre dichas dimensiones más explícitas del sí mismo y las correspondientes representaciones tácitas, bajo la forma de imágenes senso-

riales, patrones viscerales, esquemas senso-motrices y secuencias comportamentales complejas, promoviendo de tal manera procesos de integración del sí mismo más complejos y articulados.

Un método de estudio de las transcripciones de sesión: el análisis cognitivo-conversacional

Presentaremos ahora algunas observaciones sobre la técnica de la moviola, realizadas desde una particular perspectiva empírica de análisis: el análisis cognitivo-conversacional. Describiremos inicialmente las características principales de esta metodología que utiliza, proponiendo un uso integrado, conceptos e instrumentos provenientes de dos diferentes áreas disciplinarias: el mundo de la pragmática lingüística y el de los modelos de las funciones cognitivas aplicadas al psicodiagnóstico.

A continuación, ofrecemos algunos ejemplos de análisis cognitivo-conversacional aplicadas a sesiones de Vittorio Guidano, buscando analizar y caracterizar algunas actividades base de la metodología de la moviola. Una vez identificadas dichas actividades veremos cómo, al interno de un marco cognitivo-constructivista y postracionalista, es posible utilizar datos provenientes del análisis cognitivo-conversacional de las transcripciones de sesión como método de monitorización, paso a paso del proceso y de cambio terapéutico, poniendo en relación varias actividades del terapeuta con los procesos cognitivos activados, con la posibilidad de tener bien a la vista también los aspectos relacionales, observados en referencia a la construcción de la actividad conversacional misma.

El estudio de las sesiones de Vittorio Guidano ha sido realizado en el ámbito de un proyecto de investigación realizado por *Sinesis, Associazione per la Ricerca in Scienze e Terapie Cognitive* en colaboración con el *Istituto di Discipline della Comunicazione dell'Università degli Studi di Bologna*, y tiene como objeto las interacciones y los intercambios lingüísticos que tienen lugar en las sesiones de psicoterapia cognitiva.

Las sesiones, necesariamente video o audio-grabadas y transcritas, han sido inicialmente analizadas mediante instrumentos técnicos provenientes de la pragmática lingüística (teoría de los actos lingüísticos de Austin, lógica conversacional de Grice), de teorías de la interacción social (*frame analysis* de Goffman) y especialmente del Análisis Conversacional (AC), que da a nuestro trabajo la orientación metodológica de fondo. En cambio, no se han adoptado, en esta parte del proyecto, las teorías que adoptan los terapeutas que conducen las sesiones: en este sentido nuestro análisis, con todos sus posibles defectos y prejuicios de otro tipo, es neutral respecto a las teorías clínicas, y sólo describe la técnica terapéutica tal como se da en la interacción en la sesión entre terapeuta y cliente, documentable con el método adoptado.

Por **conversación** se entiende toda la clase de fenómenos que implican la

actividad de palabra (*talk in interaction*) en los contextos más diversos (Galatolo y Pallotti, 1999). La idea de fondo de los analistas de la conversación es que cada tipo de conversación es posible gracias a la *competencia implícita* de los interlocutores sobre una amplia variedad de prácticas y reglas. El final del AC consiste en *describir*, junto con los aspectos relativos a los contenidos explícitos del discurso, los *procedimientos tácitos* que dan forma a la producción de las conversaciones. Los estudios de las *interacciones profesionales* “tienden a captar, en cada tipo de encuentro institucional estudiado, los modos en los cuales las estructuras de la interacción son selectivamente usadas y transformadas con el objetivo de llevar adelante las tareas institucionales”. Todo esto comporta un esfuerzo de *descripción de los detalles* de cómo el profesional y sus clientes siguen su tarea en la interacción y a través de la interacción.

El análisis llevado a cabo describe pues las **actividades** que se realizan en sesión, es decir *lo que se hace con lo que se dice*, entendiendo por “lo que se hace” no los actos individuales, sino las configuraciones interactivas de intercambios realizados en secuencias e interpretadas de manera explícita por los participantes. El objetivo de la investigación es describir desde esta particular perspectiva el desarrollo de la terapia, a diferentes niveles de complejidad estructural: a partir del repertorio de movimientos, que constituyen los tipos específicos de actividad que se dan dentro de la sesión (*frame*), hasta la configuración conjunta de las sesiones individuales y de enteras series de sesiones (secuencias de *frame*). Aplicando el análisis a un significativo corpus de sesiones, es posible reconstruir la **técnica terapéutica** como repertorio de actividades típicas; y se pueden identificar los principios que organizan la integración de las actividades elementales en un proceso coherente – dotado de algunas constantes y muchas variantes. De esta manera ha sido ya reconstruida la Entrevista Circular como técnica específica de terapia familiar (Leonardi e Viaro, 1990); y se están reconstruyendo, en el ámbito de este proyecto de investigación, una variedad de técnicas propias de la terapia cognitiva.

Es importante recordar que el analista no se basa sobre la propia interpretación de las intenciones comunicativas del locutor, sino que considera como actividad lo que los participantes, Terapeuta (T) y Paciente (P) en nuestro caso, *manifiestan mutuamente buscar* mientras las ponen en acto y reaccionan a ellas.

Al analizar las sesiones de terapia cognitiva y en particular las de Vittorio Guidano (Bercelli y Lenzi, 1998) se dirige la observación sobre algunos puntos fundamentales:

- describir los tipos de actos lingüísticos presentes: los enunciados, los cambios en una conversación, contribuyen a realizar actividades sociales (Austin, 1967) tales como por ejemplo *asentir*, *expresar* un estado de ánimo, *lamentarse*, *acusar*, *mandar*, *animar*, etc. – actividad a las cuales incluso contribuyen en el siguiente turno de palabra las acciones complementarias que ‘responden’ a un asentimiento, a una pregunta, a un consejo,

etc.

- formular sistemas de reglas que reflejan la distribución de los actos lingüísticos entre los participantes, las modalidades de la toma del turno y corrección conversacional;
- describir el modo en el cual las reglas de interacción se comunican y negocian por parte de los participantes (cooperación);
- describir las modalidades típicas de desarrollo de la secuencia;
- describir las configuraciones recurrentes (en términos de actividad lingüística, secuencias y formatos de interacción);
- y finalmente, definir las competencias que se presuponen en ese tipo de terapia (es decir, las competencias necesarias para producir aquellas configuraciones conversacionales) por ejemplo los modos en los cuales el terapeuta trata la experiencia del paciente o expresa su propia opinión como experto.

Nuestras observaciones han permitido identificar al menos dos actividades de base en las sesiones de terapia cognitiva: la investigación y la reelaboración (Bercelli y Lenzi, 1998, 2005; Lenzi y Bercelli, 1999; Lenzi y Bercelli, 2006). En la actividad de investigación el T principalmente a través de preguntas obtiene informaciones por parte de P en relación a sus problemas y a sus vicisitudes, de forma narrativa o no-narrativa –informaciones en sentido amplio: hechos, opiniones, sentimientos, etc.– principalmente a través de preguntas. De específicos modos de investigación –supraepisódica y episódica– se hablará a propósito de los ejemplos referidos. Normalmente en la reelaboración T produce un enunciado que se presenta y viene tratado por P como una reformulación de lo que P ha dicho, o como basado sobre lo que P ha dicho, inmediatamente antes o en una parte anterior de la sesión o una sesión precedente. En este tipo de actividad P puede replicar confirmando o contestando o comentando o añadiendo elementos pertinentes – contribuyendo de este modo a la reelaboración – o limitándose a mostrar haber entendido.

La posibilidad de describir el desarrollo de una sesión a través la actividad conversacional llevada a cabo resulta aún más rica en el momento en que se conecta con un estudio, siempre de tipo observacional, de los procesos cognitivos así como dichos procesos pueden resultar del análisis del discurso practicado siempre sobre transcripciones de sesión.

Puesto que los temas de las sesiones tratan sobre la narración de vivencias autobiográficas resulta bastante pertinente la utilización de marcadores lingüísticos de la activación de los sistemas de memoria, tal como se obtienen del *Rating System dell'Adult Attachment Interview* (Main, Goldwin in press).

Tabla. 1: Principales categorías del aprendizaje y de la memoria humana

SISTEMA	OTROS TÉRMINOS	SUBSISTEMAS
Procedimental	No declarativo Comportamental	Habilidades motrices Habilidades cognitivas Condicionamiento simple Condicionamiento Aprendizaje asociativo simple
PRS	Priming	Descripción estructural Forma visual de la palabra Forma auditiva de la palabra
Semántico	Conocimiento genérico fáctico	Espacial Relacional
Primario	Memoria de trabajo a corto plazo	Visual Auditivo
Episódico	Personal Autobiográfico Memoria de acontecimientos	

El estudio de la memoria humana, tal como observa Tulving (1995), ha sufrido a lo largo de los años una profunda evolución, pasando del análisis de las *performances* a la de los procesos, para llegar al estudio de los sistemas de memoria, expandiendo considerablemente el dominio de la memoria misma en sentido tanto vertical como horizontal hasta identificar cinco principales sistemas de memoria separados y en interacción entre ellos (véase Tabla 1). Fue Crittenden (1999) que, en su reelaboración del *Rating System dell' Adult Attachment Interview*, recogiendo jutamente la clasificación de Tulving, utiliza los sistemas de memoria para dar cuenta de las varias modalidades de organizar los estados mentales individuales en relación a experiencias interpersonales y emocionales significativas, proporcionándonos un instrumento precioso, y fácilmente integrable con el modelo de las organizaciones de significado personal (véase Tabla 2), para clasificar y describir empíricamente a través del análisis del discurso los patrones de funcionamiento cognoscitivo relacionados con la elaboración de las memorias personales.

De la utilización combinada del Análisis de la Conversación y de la activación de los Sistemas de Memoria deriva un método de estudio de las transcripciones de sesión capaz de captar de manera integrada basándose en la observación de lo que acontece en sesión los aspectos esenciales del proceso terapéutico. Veremos ahora cómo algunos aspectos de este tipo de análisis aplicados a las transcripciones de sesiones de Vittorio Guidano nos permitirán describir la técnica de la moviola e interpretar su valor terapéutico. Y finalmente formularemos algunos desarrollos teóricos derivados de nuestras descripciones.

Tabla. 2: Equivalentes discursivos de la activación de los Sistemas de Memoria en correlación a los patrones de apego

SISTEMAS DE MEMORIA ACTIVADOS	DISTANCIADO Prevalencia de información cognitiva	EQUILIBRADO	PREOCUPADO Prevalencia de información afectiva
PROCESOS PROCEDIMENTALES EN EL DISCURSO	Indicadores de distanciamiento entre el si mismo y los acontecimientos, sentimientos y figuras de apego	Faltas de fluidez no transformativas	Indicadores de implicación
EN LA AFECTIVIDAD	Sentimientos omitidos <i>Sentimientos positivos inverosímiles</i>	Afectividad no verbal apropiada	Afectividad desarmante Afectividad activante Humor ridiculizante Afectividad fría y cruel
EN LA RELACIÓN	Relación evitativa Relación analítica	Relación cooperativa	Relación implicativa Relación confrontativa / colusiva Relación atrayente deferente Relación seductora intimidatoria
PROCESOS POR IMÁGENES	Omitidas Inconexas	Frescas e integradas	Intensas Animadas/ilusorias
PROCESOS SEMÁNTICOS	Idealización Desprecio Exoneración de los demás	Generalizaciones diferenciadas	Pensamiento semántico pasivo Idealización del futuro Pensamiento crítico reduccionista <i>Falsa cognitividad</i>
PROCESOS EPISÓDICOS	Interrumpidos u opuestos Falta de recuerdo Desplazados Desde el punto de vista de los padres	Completos	Confusos Fragmentados Distorsionados
PROCESOS INTEGRADORES	Omisión, arrinconamiento, banalidad	Funcionamiento reflexivo Metacognición	Pseudometacogniciones Racionalizaciones

Aspectos de la técnica de la moviola reconstruidos a través del análisis de sesiones de Vittorio Guidano

Presentaremos a continuación algunos fragmentos de análisis de transcripciones de sesiones realizadas por Vittorio Guidano y relativas a la realización de la técnica de la moviola. Para un análisis más completo véase nuestros trabajos anteriores y en particular Bercelli y Lenzi (1998), Lenzi y Bercelli (1999), Lenzi y Bercelli (2002), y Bercelli y Lenzi (2005).

Los párrafos que presentamos ejemplifican las principales actividades y modalidades conversacionales que van a realizar la técnica misma:

1. la presentación y definición del problema o del tema de vida elegido por el sujeto,
2. una primera modalidad de investigación relativa a la reconstrucción general de los acontecimientos relativos al tema o problema presentado,
3. una segunda modalidad de investigación relativa a la reconstrucción detallada de un episodio y de la experiencia subjetiva del sujeto en las principales fases del episodio mismo,
4. la reelaboración de aspectos cognoscitivos manifestados por el sujeto en las vivencias analizadas que culmina con una redefinición en términos funcionales del problema presentado inicialmente o con una reelaboración del tema de vida.¹

I. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y CONSTITUCIÓN DEL MARCO DE INVESTIGACIÓN

Después de haber recogido algunos datos **anagráficos**, T retoma de este modo la conversación.

T **por tanto, (1,0) entonces, si tuviera (2,0) tiene que definir lo que puede ser (1,0) el problema que define (0,5)**

P hm

T **en el momento actual (1,0) de vida que estás atravesando (1,0) así**

P una cosa que me está preocupando este fin de mes que eh cuando tengo que ir a la cama, antes de ir a dormir me entra una angustia (1,0) y cuando no consigo dormir me tengo que levantar y tengo que coger algo para dormirme (0,5) esto me preocupa porque nunca me ha sucedido porque soy una dormilona

T **¿en qué sentido eres una dormilona?**

P Enseguida me dormía, y siempre tenía ganas de ir a la cama, porque estaba cansada; y es algo agradable (0,5) poder acostarse, en cambio ahora lo vivo como una situación hm (1,0) que la siento realmente como (1,0) de intranquilidad.

T hm hm

La primera pregunta del terapeuta introduce el tema de la conversación

pidiendo una definición de lo que se va a hablar: “lo que puede ser un problema” en la actual situación de vida de P. Notemos que quien T no da por descontado que de lo que hablará P sea efectivamente un problema pertinente con el carácter de intervención solicitada (aspecto este siempre importante en el momento en el que se debe decidir la indicación a la psicoterapia). La respuesta de P identifica un ámbito problemático relativo al propio comportamiento y el nivel emocional –la dificultad de dormirse y la emoción subjetiva de angustia– además de el carácter de discontinuidad con el periodo precedente y con el comportamiento habitual de P².

T parece aceptar la respuesta de P, sin interrumpir en las pausas dentro del turno de respuesta de P, e incluso pide aclaraciones en relación al significado del término “dormilona”, que P da sin dificultad. Con este tipo de preguntas –definido como preguntas de especificación semántica– T se detiene, pidiendo explicaciones sobre el significado, sobre términos bastante comunes y usados por P como si tuvieran un significado obvio, que presupone un inmediato compartir. Parece ser justamente esta obviedad del término lo que activa en T este tipo de preguntas, que constituyen un aspecto no desdeñable de diferenciación de la conversación ordinaria.

Observamos además que la enunciación es pedida a P en términos valorativos, a través del uso de índices lingüísticos que la marcan desde el inicio como una opinión, reservando de este modo a T la posibilidad de replicar a su propósito. Lo que hará en la fase final de la sesión en el último fragmento referido.

P así pues...

T **((interrumpiendo)) ¿y ha empezado cuándo? ¿hace un mes?**

P sí, hace casi un mes que hm yo me acuerdo, asociada a un período en el que estaba muy atareada tanto en casa como en el trabajo, tenía que dar unas clases, y las estaba preparando – elaboraba las transparencias, preparaba las diapositivas para estas lecciones por la tarde noches y cuando iba a la cama me venía – ha empezado justamente en ese período la ansiedad (0,5) de tener que irme a dormir.

T hm., entonces, (1,0) hace un mes – digamos que era mitad de marzo? (0,5)

P sí, sí.

Asistimos desde estas primeras intervenciones a una definición activa por parte del terapeuta tanto de las modalidades de organización de la conversación como del tipo de contenidos afrontados en ella.

Observamos en el primer turno referido un fenómeno de vital importancia por lo que se refiere a la directividad y la construcción del *ámbito* de investigación: T interrumpe el turno de P, que probablemente hubiera querido añadir algo relativo a su tranquilidad (una consideración general quizás –la conjunción conclusiva “así pues” lo deja entrever) y hace una pregunta de especificación.

Las reglas del juego lingüístico se plantean desde el inicio, y como en este caso sin dificultad, vista la disciplinada respuesta de P, que renuncia a reprender el discurso interrumpido por T. Es T quien dirige la conversación a través de las

preguntas, mientras P tiene la tarea de responder. Además, T se reserva la tarea de aceptar, confirmando con señas a continuar o también de aprobación, las respuestas de P o bien, como en este caso, tiene la facultad de interrumpir el turno de P, haciendo un posterior movimiento (la pregunta de precisión). De ello deriva un típico micro-desarrollo de los turnos de palabra entre los dos participantes a la conversación que asume esta configuración:

1° movimiento pregunta de T

2° movimiento respuesta de P

3° movimiento apreciación, por parte de T, de la respuesta y su nuevo primer movimiento

Si la respuesta se valora como adecuada, el nuevo 1° movimiento consiste en una nueva pregunta del experto, si en cambio la respuesta no se considera adecuada se hará una valoración de la respuesta como al menos en parte inadecuada y otro 1° movimiento que insiste sobre el mismo punto, habitualmente repitiendo o reformulando la misma pregunta, o pidiendo aclaraciones o especificaciones.

Este tipo de conducción, que es propia de la técnica de este terapeuta, identifica un tipo de estructura que llamamos investigación. A través de la prerrogativa de hacer preguntas capaces de seleccionar los contenidos de la conversación. Aquí en efecto, más que dejar continuar a P en su exposición, T mantiene, a través la prerrogativa de plantear preguntas, un estricto control sobre la conversación tanto en su estructura como desde el punto de vista temático y se orienta a la reconstrucción de los hechos relativos a la aparición del problema en cuestión.

La pregunta siguiente (“¿ha empezado cuándo? ¿Hace un mes?”), puede ser considerada otra pregunta de especificación y la respuesta es dada por P en términos de acontecimientos concretos. Hallamos en este punto, junto con un aspecto de directividad, lo que representa el principal vínculo temático que T impone al desarrollo de la conversación, es decir, el privilegiar y el atenerse a la descripción de los acontecimientos. En efecto, los diferentes movimientos de T, y en particular las series de preguntas de especificación, llevan invariablemente a describir los problemas (y eventualmente las afirmaciones o juicios generales de P) a acontecimientos concretos: cada aspecto problemático se describe en relación a todo lo que sucede y, por tanto, se expone en términos de los acontecimientos –observables– que lo caracterizan.

Veamos a continuación cómo T continúa en la realización del marco de investigación.

T ¿te acuerdas la primera vez que te (0,5) ha sucedido, la primera vez que te has dado cuenta que experimentabas esto?

P eh, la primera vez, la noche precedente a la clase que tenía que hacer, es decir, la primera lección que tenía que dar (0,5) en un taller, ese *workshop*

T **¿cómo ha salido esto de participar en el *workshop* () esta clase que tenías que dar?**

P y el docente me había propuesto esta clase o- y (0,5) yo primero quería negarme ((tono casi de hilaridad)) luego

T ¿cuándo fue esta propuesta? ¿en qué período? (1,0)

P (0.5) a principios de marzo

T principios de marzo (2,0)

P luego, después no he tenido la posibilidad, es decir, no he querido rechazar ((voz resquebrajada por un matiz de risa)) porque también porque él me ha dicho, tienes tres minutos para decidir (1,0)

T entonces

P pues eso/ bien ((riendo))

T tiempo te ha dado ((irónicamente)) () mientras te lo decía, tú

P hm, sí.

T **cuando te lo decía ¿te lo esperabas que te hiciese esta propuesta?**

P NO

En el turno inicial de este párrafo T hace una pregunta (“te acuerdas la primera vez”) mediante la cual parece querer pedir a P un esfuerzo añadido a la evocación de los hechos. El resultado parece ser satisfactorio y T y P se adentran en la reconstrucción de los hechos acontecidos antes de la “primera vez”, identificando en particular el momento preciso en cual se decide dar la lección, a partir de la cual se produjo por primera vez el problema.

En relación a esta particular circunstancia, la investigación de T viene a tocar un ámbito hasta ahora ignorado, es decir, aspectos relativos a la experiencia subjetiva de P: después de un intercambio informal en el cual T se permite un comentario irónico sobre modalidades del docente, T inicia, en efecto, a indagar sobre las expectativas de P. Al hacer la pregunta T hace una precisión temporal (“cuando lo decía”), especificando el momento preciso en el cual se pregunta si P tenía o no una determinada expectativa y, por tanto, induciendo P a ponerse como observadora de sí misma y de ciertos aspectos de la propia experiencia, tratada por T como registrable observacionalmente por la misma P. También los aspectos internos de la experiencia subjetiva, las expectativas en particular, son pues tratadas en el marco de investigación como un comportamiento observable, sobre el cual es posible pedir datos o confirmación³.

Esta pregunta resulta interesante también en la medida en que es indicativa del modo con que T trata la experiencia del paciente y en particular el asumir el derecho de hacer hipótesis o afirmaciones sobre ésta. En efecto, la pregunta puede ser considerada una pregunta informativa, es decir, una pregunta que en realidad introduce un punto de vista o una hipótesis de T, es decir, el hecho que P pudiese tener expectativas y en particular esa expectativa. Nótese, pero, que T pide confirmación de su hipótesis, absteniéndose de asentir algunas cosas relativas a los contenidos específicos de la experiencia subjetiva de P.

II. EVOCACIÓN DEL EPISODIO

T Oh, y ¿cómo? en este contexto, vemos cómo surge la primera vez que hay esta dificultad para dormirse. (2,5)

P la primera vez pensaba en el hecho de que tenía que despertarme por la mañana antes, dos horas antes, así que lo reviso todo para ver si todo (0,5) me iba bien (0,5) porque (0,5) dos horas de lección, es decir tenía miedo de los vacíos, por tanto, ojala hmmm terminara un cuarto de hora antes, después del cuarto de hora tenemos la discusión, y aquí (0,5) es decir, quería organizar un poco, controlar también el tiempo que empleaba en

T entonces la primera vez que te ha pasado en la mañana después tenías que dar esta clase

P sí.

T entonces, el programa era que tú tenías que despertarte dos horas antes para organizar la agenda, la distribución del horario

P hm eh, sí eso es, era

T bien, y después de esto ¿cómo ha empezado el agobio? Vas a la cama y qué sucede

P Siento realmente una ansiedad, temblor, (1,0) y realmente comienzo también a temblar, frío,

T Oh, ¿estás en la cama?

P Sí.(1,0)

T inicia aquí una nueva secuencia de investigación que presenta algunas características diversas. Al plantear la cuestión en efecto encontramos la glosa organizativa “veamos” y un sumario resumen “en este contexto” que conecta lo que se dirá a cuanto ha emergido hasta ahora. La pregunta lleva a la habitual manera al desarrollo de los hechos relativos a la primera vez “que se da esta dificultad” para dormirse, retomando todo cuanto se ha preguntado al inicio de la sesión, cuya respuesta había introducido información relativa al desarrollo de los acontecimientos y los varios desarrollos y episodios analizados.

Siguen dos resúmenes, mediante los cuales T reconstruye el escenario antecedente a la aparición de la dificultad, para después hacer continuar en la secuencia narrativa, preguntado qué “sucede después”. Las preguntas se formulan en tiempo presente y contienen referencias al contexto concreto en el cual P se encuentra, modalidades éstas que favorecen la que podemos considerar una evocación en profundidad del episodio.

Cuando el terapeuta pide al paciente reconstruir detalladamente un determinado episodio autobiográfico puede obtener, respecto a los contenidos, un relato de una mezcla de acontecimientos objetivos, percepciones, sensaciones, representaciones, valoraciones. La peculiaridad de este específico contexto que llamaremos marco *de evocación del episodio* no depende de todas maneras tanto de la naturaleza de los contenidos, como del hecho que el discurso del paciente y del terapeuta se

refiere establemente, por un lapso de tiempo no momentáneo, a un conjunto objeto unitario que parece presentarse concretamente en la escena de la interacción: *el episodio recordado en las diferentes modalidades representacionales del paciente*.

El episodio recordado, delimitando fuertemente el ámbito de pertinencia de la conversación, garantiza una especial estabilidad temática y una convergencia de atención sobre un determinado objeto. Si bien algo parecido puede suceder también en los otros contextos hasta ahora considerados, parece existir en este punto un neto salto de cualidad –análogo al que se da cuando médico y paciente pasan de la anamnesis a la palpación de un órgano que podría resultar doloroso. Anticipando los temas de la última parte de este trabajo, notemos que desde un punto de vista cognoscitivo el terapeuta, focalizando a si mismo y al paciente sobre esta actividad, facilita al otro la difícil tarea de mantener vívido el estado de recuerdo del episodio, permitiendo la activación prolongada y compartida de específicos sistemas de memoria y haciéndolos accesibles a la conciencia reflexiva en un modo no usual.

Veamos cómo continua la evocación.

T () **la ansiedad dónde la notas que**

P a nivel hipogástrico

T * y ¿cómo te das cuenta de que es ansiedad? (2,0)

P porque la siento dentro, es decir, realmente un temblor interno que después se convierte en externo

T vale ()

P es decir, realmente evidente porque comienzo a moverme sobre la cama

T ° Pero, digo, pero veo que no te das cuenta simplemente por esto porque si uno tiene una especie de cosa dentro

P porque es anterior, (0,5) primero ()

T ° he entendido, habrá también contenidos pero mientras estás en la cama te imaginarás también cosas, mañana por la mañana tengo esta clase,

P no, sobre el nivel imaginario, no (1,0)

T y ¿cómo lo diferencias?

P Es decir, digo que me coge, pero ¿por qué no duermo? Si tenía sueño, tanto cuando acabo, y porque tengo sueño

T hm hm.

P Entonces, voy a la cama, me tumbo sobre la cama y no consigo, es como si tuviera que empezar la jornada, como si me hubiera despertado en aquel instante y empezara de nuevo el día, no? en cambio (1,0) ()

T Pero en aquel caso, en aquella noche allí empezar la jornada qué significaba? dar clase el día después.

P hm hm. (0,5)

T Por tanto, ¿qué significa, qué hubiera significado comenzar de nuevo la jornada? (0,5)

P Preparar el programa co- que había decidido.

- T Es decir, no esperar las dos horas antes sino prepararlo enseguida.
- P hm.
- T Por tanto, pensabas en eso.
- P Sí, sí. (0,5)
- T ** Por tanto, la ansiedad está relacionada con esto (0,5)
- P Sí (0,5)
- T Y- y en qué, qué modo sentías la urgencia de hacerlo enseguida y no de hacerlo dos horas antes tal como lo habías decidido? dos horas antes de ir (1,0)
- P Porque pensaba quizás si no - si- si no consigo despertarme o bien no tengo tiempo porque necesito más hmmm soy muy lenta por la mañana, en el baño, luego digo que por tanto quizás no tengo tiempo, o bien debo hacer una cosa rápidamente y entonces (1,5)
- T Aquí (1,0) tenías prácticamente la duda que quizás si- respetando el programa de levantarte dos horas antes, quizás no tendrías tiempo de hacerlo.
- P hm.
- {...}

En esta secuencia T, después de haber elicitado el contexto situacional del episodio, se concentra sobre la experiencia subjetiva de P, una experiencia de ansiedad, utilizando inicialmente una pregunta (“dónde la notas”) que presenta características similares a las vistas anteriormente, denominadas *cómo está hecha-construida la experiencia*.

Al continuar T parece ir un paso más allá, pidiendo a P describir cómo “se da cuenta” de que se trata de ansiedad. La pregunta, en efecto, contiene como presupuesto lo que podemos considerar una *opinión del experto*, es decir, la afirmación que si se da cuenta que la ansiedad es ansiedad de alguna manera y de sí es posible describirla. La secuencia que continúa presenta algunas características particulares que captan un particular tipo de actividad que podemos considerar intermedia entre la investigación y la reelaboración. El terapeuta puede captar una *incongruencia* entre algunas de las cosas que ha dicho el cliente, y habitualmente le pide modificar su relato a fin de eliminarla. En la terapia cognitiva postracionalista una forma particular de incongruencia es la *laguna descriptiva*: P presenta como exhaustiva la descripción de una experiencia mientras T muestra no aceptar la validez, y pide, por tanto, colmar la laguna con una serie de preguntas de explicación. Existe una sutil diferencia respecto a la pregunta de especificación: en ésta se pide al paciente que diga algo que debería saber y decir sin problemas, en aquella en cambio, se le pide resolver un problema (“cómo lo haces para distinguir”) y en correspondencia la respuesta del paciente podrá ser problemática. El terapeuta puede ayudar al paciente a sanar la incongruencia, la laguna descriptiva, proponiendo algún elemento de su modelo de la experiencia, en los modos que a continuación

vamos a ver.

La respuesta que P da no satisface a T, quien pone en evidencia la incongruencia (y laguna) mediante afirmaciones de experto (°): una ansiedad *debe* tener contenidos, quizás en el nivel imaginario. También en este punto, como antes, T no se atribuye el derecho de saber qué imagina P, pero sabe que no puede tener ansiedad sólo a partir de un temblor somático, sin que haya un contenido. T insiste hasta que no considera colmada la laguna, es decir, hasta que no aparece algo a lo cual la ansiedad pueda ser referida (**), para a continuación realizar la investigación sobre la ansiedad un turno más pidiendo especificaciones sobre el modo de percibir la urgencia y resumir a modo de conclusión el contenido de la experiencia de ansiedad.

III. INVESTIGACIÓN ASOCIADA A LA REDEFINICIÓN

T y luego, cuándo vas allí a dar la clase, ¿cómo va? (3,0)

P es decir, el impacto ha sido (1,0) hh

T esta a la que nos referimos este periodo era () la primera

P la primera lección, sí porque yo no sabía dónde ir, no sabía (0,5) hhe nada, no sabía el aula clase, no tenía ni idea de de cómo organizarla, es decir, no sentía realmente ((ríe nerviosamente.)) casi como si no estuviera a la altura de la situación.

T hm

P (1,0) y luego, (son)

T yen... yendo?

P hm (1,0)

T * **sentía, mientras iba y tenía esta sensación casi de no sentirte a la altura de la situación, no? (que)**

P sí. (1,0)

T * **cómo te imaginas que tendrías que ser y qué hubieras tenido que saber para sentirte a la altura de la situación**

P el profesor.

T es decir? (0,5)

P tendría ((voz resquebrajada, ligeramente riendo)) que ser él. (1,0)

T ¿en qué sentido tenías que ser él?

P con su experiencia.

[..]

P entonces, he aquí hm el hecho del primer nivel me daba la tranquilidad quizás respecto al segundo y al tercero

T afronta *la secuencia de los acontecimientos* respecto a un particular episodio a partir de la especificación de las circunstancias contextuales y de la sucesión cronológica, para después explorar la experiencia que P tiene en un preciso momento y contexto. Por lo que respecta al inicio de este episodio notamos que es el mismo T quien precisa en su primera pregunta las circunstancias espacio-

temporales (*episódicas*), mientras P relata en su respuesta un aspecto relativo a la experiencia del propio sentirse en aquella situación. Es probablemente el poderse referir a un trasfondo de circunstancias fácticas bien precisas que permite a T concentrarse, en el curso de la secuencia, sobre un aspecto particular de la experiencia subjetiva de P, es decir, el hecho que no se sentía a la altura de la situación.

La pregunta que en los dos turnos siguientes (*) T dirige a P sobre este aspecto de la propia experiencia es sin duda especial. Si, en efecto, por una parte se subraya el carácter *situado* de la experiencia misma precisando en la pregunta el barrido temporal (“mientras caminabas...”), por otra parte, T parece pedir cierta elaboración sobre el plano cognitivo del “no sentirse a la altura”, refiriéndose a los aspectos que satisfarían tal criterio: “cómo tendrías que ser para sentirte a la altura”. La respuesta de P evidencia bien el criterio requerido (ser como el profesor), y lo hace con un enunciado relativo al propio modo único y por así decirlo idiosincrásico de interpretar y, por tanto, vivir la situación en cuestión. Y probablemente –observaciones posteriores lo podrán confirmar– la explicitación de estos aspectos relativos a la actitud personal de P que consiente ahora a T de cambiar de registro y de proceder diversamente, ya no haciendo más preguntas sino comentando cuanto ha relatado P sobre su experiencia con una serie particular de afirmaciones. Veamos de qué se trata.

T **Entonces quiero decir** el hecho que era el primer nivel

P si yo el primer nivel,

T el hecho que era el primer nivel significaba que era

P por tanto, ya hh

T era un una condición ya (.) mínima

P exacto. Sí, era

T **lo que no he entendido** es hh (0,5) **como, tú, te hubieras sentido, es decir, tranquila, a la altura**

P hm

T si en esta condición mínima, que era al primer nivel,

P hm, hm.

T pero tenías una preparación máxima, (1,5) como el profesor.

P hm (6,0)

P si la hubiese tenido

T eh, eh. (.) **lo que llama la atención** es precisamente esto: para sentirse a su altura

P hm (0,5)

T Tu, en relación a una situación que (.) considerabas posible de afrontar porque era sencilla, de primer nivel ¿no?

P hm

T Pero a este nivel elemental tu respuesta era que deberías tener una

preparación máxima como el profesor

P cierto y porqué (1,0)

T Es decir, el ¿máximo como mínimo?

P eh.

T como mínimo, el máximo.

P sí. eh. (1,0)

Examinando esta secuencia podemos notar de inmediato a propósito de las intervenciones de T, que ya no se trata sólo de preguntas, sino más bien de una serie de afirmaciones sobre la experiencia de P en aquel momento particular del episodio. T introduce sus intervenciones con algunas marcas y glosas (por tanto, quiero decir, eso es, lo que no he entendido, lo que llama la atención) que parecen querer evidenciar el carácter distinto respecto a los enunciados anteriores y que no es ya el de las preguntas o bien afirmaciones de validez general, sino más bien comentarios y juicios sobre las actitudes y la experiencia personal de P, incluso en relación a cuanto acaba de aparecer en la conversación a propósito de contenidos específicos de la experiencia de P.

En efecto, hasta este momento T se había atribuido en sus comentarios el papel de experto general de la estructura de la experiencia, de su gramática y sintaxis, pero sin querer entrar en los cometidos de la experiencia como tal, cuyo experto principal continuaba siendo en todo caso la propia paciente.

En cambio vemos en esta situación cómo el terapeuta puede, bajo ciertas condiciones, sobrepasar estos límites, contribuyendo de un modo más directo a la definición de la situación con una serie de afirmaciones definidas como “*opinión del experto*”: T, después de haber recogido abundante información sobre el curso objetivo y subjetivo del episodio tiene la posibilidad de proponer su redefinición de la marcha de las cosas, que en general tiende a subrayar aspectos de cómo P se comporta o de lo que realmente ha experimentado sobre la base de lo que ha contado durante la investigación. Este tipo de intervención concluye generalmente la evolución del tema, la investigación de un episodio o de una arte significativa del mismo, como hemos dicho en este caso en particular el contenido específico de la experiencia de P⁴.

En esta secuencia se hacen presentes por tanto una serie de opiniones del experto mediante las cuales traza las líneas de lo que a sus ojos de observador experto aparece como una característica central de la actitud de P en la situación de la clase.

Definimos como *marco de redefinición* la configuración conversacional particular determinada por esta serie de intervenciones, caracterizada principalmente por el hecho que ambos interlocutores se hallan haciendo comentarios respecto a un episodio (una serie de ellos o a una parte de él) en igualdad de condiciones y derechos, pudiendo incluso discrepar o discutir sobre ellos. Efectivamente, P tiene el derecho de intervenir sobre las afirmaciones de T, e incluso de

replicarlas, y puede hacerlo en igualdad con el terapeuta en cuanto observadora de sí misma, a condición de atenerse a las observaciones hechas en sesión.

Veamos ahora la continuación del fragmento precedente:

T oh, de modo que empiezas esta lección de modo que como no te sientes al máximo, no te sientes a la altura, **¿cómo va esta lección?** (0,5)

P Empiezo con la exposición del programa, (.) quería (0,5) dado que me sentía ansiosa, empezar de inmediato con la clásica lección académica, me parecía querer por un momento hm (.) rebajar la tensión.

T hm, hm.

P por tanto, he hecho una introducción, he explicado el programa, he escuchado sus sugerencias, por si tenían propuestas para cambiar,

T hm

P cambiar los horarios, algo (0,5) y esto ya me ha dejado más tranquila

T en qué sentido? Es decir, (.) **al hacer esto qué es lo que más te ha tranquilizado?** (1,5)

P hh, (0,5) es decir sentía hh que la respiración se iba haciendo cada vez más fisiológica, mientras que antes era

T * **si pero este es precisamente el efecto**

P la sensación.

T *° el efecto, pero al hacer esta introducción, no?

P sí

T ° al hacerla,

P hm

T ° (0,5) qué es lo que le ha tranquilizado? (2,0)

P sus miradas. Es decir, (.) les veía y luego (1,0) me imaginaba una clase menos numerosa, en cambio hh había muchos hh y todos presentes ya en la clase ((ríe))

T en concreto, (1,0) qué es lo que de las miradas te ha

P había miradas de chicos que sonreían, esto me ha relajado mucho, es decir

T es decir, en el **sentido que verlos sonreír que efecto te ha causado, cómo te ha hecho sentir** (.) esto?

P que les gustaba, es decir que (.) tal vez

T hm

P me iban a escuchar.

T hm. (1,0)

P tal vez que hh (0,5) la lección les gustaría

T hm por tanto has tenido una sensación de sentirte más (.) aceptada

P hh (1,0) aceptada

En esta secuencia T continúa igualmente su investigación volviendo a pedir la descripción del curso de la lección. La pregunta inicial “¿cómo va esta lección?” viene introducida por un pequeño resumen que retoma los aspectos de la experien-

cia de P puestos de manifiesto un poco antes, es decir que no se siente a la altura de la situación. En efecto, según lo que ha aparecido hasta ahora en la investigación para sentirse a la altura de la situación P debería dar el **do de pecho**, es decir hacer una clase como la que hubiera hecho el profesor en su lugar.

En el turno de respuesta P expone la narración de cómo ha ido la clase mientras T se limita a asentir. Después de dos pares de turnos con respuesta de P y asentimientos de T a la tercera enunciación de P, T interviene con una pregunta de especificación respecto a la experiencia de su interlocutor, precisamente cuando ésta ha cambiado, no tratándose ya de la tensión de no sentirse a la altura, sino de tranquilidad.

Conviene notar que lo que suscita la intervención de T es una vez más el tema de la experiencia personal de P y en concreto la presencia en ella de un cambio respecto a su carácter precedente, iniciativa que se irá concretando con una serie de preguntas de especificación dirigidas a poner de manifiesto los diversos componentes estructurales cuya organización –en cuanto experto de la estructura general de la experiencia– T conoce con detalle.

La primera pregunta de T: “¿qué es lo que te ha tranquilizado más? Es una pregunta abierta sobre la causa del cambio de experiencia de P. La respuesta de P no es aceptada por T, el cual intercala una cuña didáctica relativa a la concatenación de los ingredientes de la experiencia subjetiva sobre cuya base la respuesta **de no** se puede considerar adecuada. Por lo tanto T repite la pregunta no sin remitirse al contexto situacional (°) y obtiene una respuesta que solo después de una ulterior pregunta de especificación acepta finalmente como información adecuada: lo que ha tranquilizado a P son las miradas sonrientes de los alumnos.

De nuevo T hace valer su competencia como experto de la estructura de la experiencia al no contentarse con lo manifestado hasta este momento (la especificación del estímulo que ha suscitado el cambio en el estado interno de P). Quiere saber algo más y se lo pregunta diciendo: es decir, en el sentido que verlos sonreír ¿qué efecto te ha causado, cómo te ha hecho sentir?, que aunque en su formulación literal no resulte particularmente iluminadora, a nosotros como terapeutas comentaristas nos da la impresión que alude a un ulterior componente de la experiencia subjetiva, o bien al efecto sobre sí misma o al sentido de se sí misma (el sentido del sí mismo en la denominación de T) que puede nacer de una determinada situación y efecto de un estímulo ambiental particular. De este modo muestra que la entiende P, quien da una respuesta en términos precisamente de sentimientos referidos a sí misma, diciendo de resultar agradable. Todavía en esta misma dirección la recibe y la subraya T: has tenido una sensación de sentirte más (.) aceptada que sitúa la atención sobre cómo P se siente a sí misma en relación a la actitud de los demás. Esta reformulación de T es confirmada después por P (“aceptada” después de un segundo de reflexión) que a su vez T dar por válida siguiendo adelante.

IV. REFORMULACIÓN DEL PROBLEMA

T ha llegado a la conclusión del camino cronológico de investigación sobre el curso de los acontecimientos y ha puesto de manifiesto, a través de la recuperación de aspecto *situados* y *ordenados* de la experiencia de P, lo que él ha definido en varias ocasiones como el tema, o bien un aspecto central de la experiencia de P. Se dispone de este modo a cerrar la sesión y lo hace retomando el punto de donde habían partido tanto él como P, es decir del problema presentado inicialmente. El problema se replantea a partir de la “explicación” que daba P. O sea:.

T Escucha, tú este tema de no dormir, este miedo de no estar a la altura de hacer esta clase lo llevas arrastrando digamos un mesecito

P m

T Cómo ha ido la convivencia con este problema. Este mesecito que has tenido que pasar.

P De inquietud

T Entiendo, pero qué piensas, cómo te lo has explicado. En el conjunto de estos 34 años de tu vida

P (interrumpe) Es decir yo me lo he explicado que primero tenía el tiempo justo para afrontar la tarea que había asumido, o sea todos esos compromisos y mi incapacidad para rechazar, por tanto para aceptar todo lo que se me ofrece.

T * Esta es la dificultad que decíamos de rechazar (6) por tanto más que nada (..) hay una actitud condescendiente y complaciente: es como si fuese más natural seguir las expectativas de los demás que lo contrario.

P Sí, efectivamente

La secuencia presenta desde un punto de vista conversacional algunas características bastante fáciles de detectar. La intervención clave que contribuye a definir el formato parece ser aquella con la que T en el tercer turno de habla le pide a P cuál es la explicación del problema, después de relacionado en un breve resumen informativo el hecho de no dormir con el miedo de no estar a la altura. A través de este movimiento se intenta la activación del marco conversacional de *redefinición* en el que se invita a P a reflexionar sobre la propia experiencia, con la ayuda del hecho de poder mirar a determinados acontecimientos, particularmente los evocados durante la investigación, desde una perspectiva de observador. Este es el formato conversacional que puede permitir a T proponer la propia versión de los acontecimientos ahora disponibles a una eventual negociación de P sobre la misma sin perjudicar con esto las prerrogativas de P en relación a su competencia sobre su propia experiencia que se habían destacado anteriormente.

En efecto, procediendo en el análisis del diálogo, podemos notar que, respecto a la respuesta inicial de P, las sucesivas intervenciones de T van introducidas por **adversativos** y proponen contenidos bien precisos y alternativos a la explicación de P. Muestra P solamente su consentimiento después de una ulterior fase de

investigación, que aquí se ha omitido en la transcripción por motivos de brevedad, en el que aflora un aspecto de la experiencia de P, relativo a la incapacidad para rechazar, que de alguna manera podría confirmar la redefinición de T. Una vez obtenido su conformidad, T puede enfocar la conclusión llevando su discurso de redefinición ulteriormente que lleva a la comprensión de la globalidad del problema de P.

T entre otras cosas porque parecería que le dé sentido de ti que nace de anclarse en las expectativas de los demás es un sentido de ti misma aceptable y competente

P m

T m se ve claramente creo que este tema se tendría que profundizar un poco

P m

T más que un discurso sobre una dificultad de adaptación parece que se trata de una situación en la que se produce una vigilancia al 110% para conseguir estar en disposición de poder responder a las expectativas de dar la clase como la habría dado el profesor

P m

T de mantener alta la guardia

T De acuerdo, podemos terminar

En los primeros turnos de este fragmento vemos cómo T reafirma en conclusión su visión completa del problema con un parecer de experto que podríamos definir de alguna manera como diagnóstico. Esta opinión implica también una definición del próximo recorrido terapéutico (el tema que hay que profundizar un poco)⁵ y representa de alguna manera el punto que culmina todo el proceso de investigación y redefinición, llevado a cabo durante la conversación.

Cómo y de qué manera actúa la técnica de la moviola

La metodología de la moviola capacita al terapeuta para seleccionar, a través del juego de las preguntas y las consideraciones sobre las respuestas, además de los contenidos también el tipo de conversación, manteniéndola alejada de aquellas modalidades de presentación de sí mismo y de el tipo y de actividad lingüística típica de la conversación ordinaria aunque manteniéndola sobre aspectos de la propia experiencia personal

Esta modalidad de hablar de sí con un experto sobre sí mismo, caracterizada por una actitud observadora y por la atribución de una competencia cognoscitiva sobre la propia experiencia, por la capacidad de comentarla y reevaluarla bajo la guía del Terapeuta. De este modo favorece sin duda una alternancia de los diversos Self presentes en la sesión, compatibles de distintas maneras con el efecto terapéutico de descolocar antes que nada la fijación patológica sobre un sí mismo focalizado en la enfermedad y la impotencia personal y sobre todo de modalidades típicas de expresión como la queja, la recriminación, etc. así como de estilos excesivamente distantes o envolventes de narración y por consiguiente de la

incapacidad de pasar fácilmente a niveles metacognitivos más abstractos integradores, característicos de un funcionamiento cognitivo más equilibrado.

Además los formatos conversacionales específicos de la sesión llevan a cabo una modalidad de tratamiento de la experiencia sintomática que representa en nuestra opinión uno de los principales factores terapéuticos propios de este enfoque. Podemos decir en síntesis que a través de la actividad conversacional que Terapeuta y Paciente llevan a cabo en sesión los síntomas y los aspectos problemáticos se reelaboran como un conjunto de pensamientos y comportamientos –el llamado tema– que encuentran sentido en el ámbito de la narrativa personal del cliente.

Esta reelaboración o reconstrucción del tema personal se lleva a cabo de modo específico en primer lugar a través de la reconstrucción de los acontecimientos, la investigación de cómo se han desarrollado las cosas y sobre todo con la ayuda de evocación de los episodios que permite elicitar en sesión los aspectos de la experiencia subjetiva que no eran considerados explícitamente antes por el paciente. Hemos visto, en efecto, que el marco de evocación de los episodios permite focalizar la conversación y por tanto la atención y la memoria del paciente sobre aspectos y detalles que normalmente no se consideran. Al focalizarse a sí mismo y al paciente sobre esta actividad, el terapeuta facilita la activación continuada y compartida de sistemas específicos de memoria episódica haciéndola accesible a la conciencia reflexiva de forma no habitual lo que permite diversas organizaciones narrativas del mismo episodio.

La posición particular en la que se halla el paciente, es decir de ser tanto el sujeto como el objeto de la investigación facilita a su vez la construcción de una modalidad narrativa más articulada, en cuanto contribuye a crear a través del descentramiento favorecido por el hecho de compartir conversacionalmente los contenidos un espacio de reelaboración y reinterpretación de la experiencia misma llevando a cabo una integración de las diversas perspectivas narrativas.

La nueva versión narrativa se construye así más fácilmente y se pone al día a través de las intervenciones de redefinición del Terapeuta, intervenciones que vienen a contradistinguir secuencias enteras y que culminan en la llamada reformulación del problema en términos de tema personal que al concluir la sesión –pero probablemente también al término de la terapia– remiten a la presentación inicial del problema.

El procedimiento de interconexión entre investigación y redefinición parece pues recalcar por un lado lo que según el modelo postracionalista se considera la procesualidad básica que preside la auto-organización del sistema cognitivo y la construcción de la identidad personal, es decir la recursividad entre experiencia inmediata y relectura explícita de esta experiencia, y por otro la integración entre los diversos sistemas de memoria en relación a la construcción de las narrativas personales. Esta consideración pone de manifiesto y justifica teóricamente la validez terapéutica de las secuencias del contexto conversacional.

Desde su libro de 1987, Vittorio Guidano proponía un modelo de doble nivel de los procesos cognitivos, focalizando la intervención terapéutica sobre la interfaz entre lo que entonces llamaba conciencia tácita y su reelaboración explícita. En los trabajos sucesivos las denominaciones fundamentales de los procesos cognitivos fueron cambiando pero ésta ha continuado estando presente en el centro de la reflexión de nuestro autor. De alguna manera esta perspectiva, aunque resultara revolucionaria en aquel momento respecto al estado del cognitivismo clínico de aquella época y aun se podría decir que del actual, no está libre de riesgos de malentendidos o excesivas simplificaciones. Como por ejemplo nota Arciero (2006), la visión de una relación entre unidad pre-reflexiva del flujo subjetivo y su reconfiguración simbólico narrativa no debe confundirse con una perspectiva en la que la experiencia consigue un significado a posteriori a través de la reflexión cuando ésta pasa a ser objeto de un estado consciente de nivel más elevado. Esto nos llevaría por un lado a un problema de regresión al infinito, mientras que por otro lado se volvería difícil dar cuenta de procesos cognitivos y de la identidad al faltar o por lo menos siendo poco y no apropiadamente considerado uno de los polos de la dialéctica⁶.

Por estas razones teóricas por una parte, pero sobre todo en relación a la exigencia de documentar de manera más completa y con análisis empíricos las afirmaciones teóricas, se hace necesario según nuestra opinión una modelización más precisa y de alguna manera más válida de la metodología terapéutica de la moviola de manera que pueda darse cuenta con detalle de los procesos de organización del conocimiento personal, tal como se muestran en concreto a través de las interacciones lingüísticas específicas y cómo vienen moduladas por éstas. Esto nos va a permitir comprender con mayor profundidad y precisión el proceso terapéutico, monitorizando por ejemplo también la acción terapéutica con relación a los aspectos no semánticos de la reformulación, como por ejemplo la reordenación de las imágenes y de las memorias situadas que se produce a través de la sintonización conversacional (Bucci 1997, Meares 2005). O bien integrando con pleno derecho en el modelo acciones terapéuticas dirigidas directamente a la modificación reelaboradora de aspectos representativos no verbales de la conciencia personal como las técnicas de estimulación sensorial bilateral (Lenzi 2001) o algunas técnicas que utilizan el lenguaje según modalidades no habituales como la Programación Neurolingüística (Lenzi 1997).

Volviendo a los modelos que asocian la elaboración de las narrativas personales a la activación de los procesos de memoria y en particular al de Crittenden, se hace posible identificar algunas modalidades en la construcción de narraciones de experiencias problemáticas, útiles para caracterizar los discursos del paciente y calibrar las modalidades de reelaboración mediante la técnica de la moviola.

Tales modalidades pueden ser identificadas a través del lenguaje cinematográfico indicándolas como documentales, películas o trailers. Una película es la

representación de una serie de acontecimientos realizada por el director según un modalidad propia de narración, mientras que el documental es más un testimonio que privilegia la secuencia de los acontecimientos y la perspectiva del protagonista. El trailer en cambio es una versión posterior de los acontecimientos construida explícitamente para ejercer una acción sobre el potencial espectador. Respecto a las narrativas autobiográficas se han descrito (Wiedeman, 1986) perspectivas de narración con características parecidas a productos cinematográficos como los citados: la perspectiva de la *participación* ligada al documental, en el que el narrador da testimonio de los acontecimientos al momento, a partir del contexto y de la secuencia temporal y tiende a referir explícitamente las experiencias del protagonista, la perspectiva de la *elaboración*, asimilable a la película propiamente dicha, que implica mayormente los aspectos ligados a valoraciones, opiniones y ulteriores experiencias personales del narrador y finalmente la perspectiva de la *puesta en escena*, el trailer, que contempla los formatos interactivo y las exigencias particulares del narrador en el momento y en la situación interpersonal en que se realiza la propia narración (Wiedemann 1986).

Guidano (1999) afirma que la técnica para recoger la historia es esencialmente única y consiste en reconstruir la historia sin limitarse a la versión que da el paciente. Éste se refiere a ella de forma particular, con opiniones, valoraciones, explicaciones y conclusiones. Para cada una de estas afirmaciones hay que construir la secuencia correspondiente de acontecimientos de vida a las que se refieren las diversas explicaciones y opiniones. Guidano traza los límites de esta actividad con una metáfora cinematográfica. “La operación de contextualización, dice, se lleva adelante hasta que no se tenga claro el personaje del paciente. Habitualmente cuando un paciente nos trae su historia ofrece un sujeto amalgamado y colmado de afirmaciones y conclusiones, por las que pasamos a realizar la idea como una escena completa captando la atmósfera, los contextos de vida, los espacios y el modo en que se mueve el personaje, qué tipo de actitud tiene y cuál es modo de actuar”. Cuanto afirma Guidano a propósito de la reelaboración terapéutica de las modalidades narrativas puede sintetizarse a la luz de las diversas configuraciones de elaboración de las informaciones relativas a acontecimientos emotivos significativos y en relación a las perspectivas de narración. Frecuentemente por ejemplo los pacientes presentan fragmentos de escenas de sus acontecimientos de vida como si fueran trailers destinados a producir determinados efectos sobre el terapeuta y es necesario sintonizarse con tales formatos interactivos y acciones lingüísticas para después integrar los varios fragmentos de escenas para construir una versión más homogénea y comprensiva, un argumento de los acontecimientos en cuestión. Por decirlo de nuevo en un lenguaje figurado antes de pasar a las observaciones más circunstanciales, el objetivo terapéutico de una metodología como la de la moviola consiste en armonizar las diversas perspectivas de narración, desintegrándolas en primer lugar para después volver a integrarlas en una configuración armónica

sintonizada sobre formatos interactivos practicables

A la luz de estas observaciones se hace entonces mucho más ventajoso, sino encima necesario, referirse a la metodología de la moviola en términos más precisos y observables a través de una perspectiva como la que hemos propuesto como cognitivo-conversacional, con la posibilidad de monitorear la actuación concreta durante la sesión y la acción de las diversas fases **sobre la variedad** de procesos cognoscitivos y sobre los sistemas de memoria (Tabla 3).

Tabla 3: Actividades terapéuticas, aspectos conversacionales y reelaboraciones cognoscitivas en la metodología de la moviola

ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS	ASPECTOS CONVERSACIONALES	PROCESOS COGNITIVOS IMPLICADOS
Sintonización interactiva y directividad	Impostación y gestión de turnos de palabra Estructura: pregunta, respuesta, confirmación Exclusión y gestión de actividad impropias (insubordinación) y de actos lingüísticos inapropiados (expresivos vs representativos)	Conocimiento procedural (esquemas interpersonales - formatos interactivos) en la relación presente Equilibrio entre implicación y distancia en la conversación y narración (información afectiva y cognitiva)
Definición y focalización temática sobre el tema o problema de vida	Preguntas temáticas, de especificación, de precisión semántica Resúmenes	Primera ordenación semántica/episódica
Reconstrucción del desarrollo histórico del tema o problema	Investigación de cómo han ido las cosas: tiempos, lugares y experiencias de los acontecimientos en cuestión	Expansión y Reordenación del registro semántico
	<i>Principio de competencia</i>	
Recuerdo de episodios	Experiencia subjetiva en los acontecimientos en cuestión Secuencia: cómo está hecha la experiencia	Reordenación del conocimiento situado: recuperación de diferentes ingredientes de la experiencia subjetiva: ABC, sentido del sí mismo
	Secuencia: lagunas e incongruencias Comentarios didácticos	Reordenación sintáctica y buena forma de la experiencia
Reelaboración de episodios Identificación-reconstrucción del tema de vida Redefinición del problema	Opinión del experto <i>Principio de comprensibilidad</i>	Aumento de la competencia autobiográfica: memoria episódica, integración tácito/explicito Reordenación molar Negociación del modelo inicial del problema

A través de tal metodología de análisis cognitivo conversacional se hace posible poner de manifiesto por una parte la articulación de la integración de los sistemas de memoria en relación a las diversas actividades terapéuticas, por otra los juegos lingüísticos y los aspectos interactivos más finos de tales procedimientos terapéuticos, poniendo de manifiesto entre otras cosas cómo cualquier relectura innovadora de la propia experiencia se lleve a cabo en el ámbito de un particular contexto interactivo conversacional

Creemos que esta perspectiva de aplicación y de estudio de la metodología guidaniana permita profundizar y articular cada vez más los ámbitos de aplicación, con la posibilidad de compartirlos con los colegas de otros enfoques a través de la documentación empírica.

La técnica de la "moviola" constituye el núcleo central de la metodología terapéutica postracionalista. En el presente artículo se analiza la moviola en sus componentes más estrictamente técnico-procedimentales y posteriormente se somete su aplicación en una sesión llevada a cabo por el propio Vittorio Guidano a un análisis basado en el método cognitivo-conversacional.

Palabras clave: *Moviola, análisis cognitivo conversacional, terapia postracionalista*

Traducción: Empar Torres Aixelà

Notas

1 Referimos las convenciones de transcripción utilizadas por los analistas de la conversación (que recogen el sistema propuesto por Gail Jefferson)

Para facilitar la lectura de la transcripción, usamos sólo algunas de las anotaciones usuales en el análisis de la conversación:

- | | |
|-------------|---|
| ((ríe)) | descripción de elementos de la interacción no dados por la transcripción |
| (0,5) | pausa y su duración en segundos |
| COMO | palabras pronunciadas en voz más alta |
| <u>come</u> | palabras pronunciadas con un énfasis particular |
| co- | palabras dejadas a mitad |
| . ? , | los signos de interrupción indican la entonación correspondiente, respectivamente, a la conclusión de un enunciado, a un enunciado interrogativo y a una continuación discursiva. |
| () | palabras no entendidas por quien ha transcrito |

[...] se han omitido algunas intervenciones del diálogo
come turnos o partes del turno analizados en detalle en el comentario

- 2 **La definizione del tema presentato non è mai scontata e una sua condivisione rappresenta un passaggio di estrema importanza. Spesso inoltre tale definizione viene articolata dal T in modo assai complesso e secondo sequenze ben definite che variano a seconda del tipo di problema presentato o del tema analizzato. Sono aspetti che non troviamo in questo brano.**
- 3 Actuando de este modo se llega a determinar una modificación de las modalidades normales, y en particular de ciertos actos lingüísticos, con los que en la conversación ordinaria se explican episodios autobiográficos, por ejemplo solicitud de consenso, acusaciones, **collusioni, ecc.. Tali modalità** constituyen una especie de presentación de sí que llevamos a cabo normalmente al explicar tales episodios (Goffman Bercelli, Leonardi e Viaro, 1999) que aquí en cierta manera se suspende, abriendo el espacio a una modalidad distinta de elaboración de los episodios. Una de las habilidades del terapeuta, según este enfoque, consiste precisamente en construir – gestionando incluso las inevitables resistencias de P a la construcción y mantenimiento de la estructura - particulares formatos interactivos en los que puedan hallar espacio los episodios de vida de los P sin el condicionamiento de las exigencias frontales, de forma que sea posible una relectura o bien la reestructuración de la propia experiencia (problemática) en una integración reflexiva.
- 4 No debería pasar desapercibida la diferencia entre dos particulares intervenciones de T, formadas por afirmaciones y no por preguntas, que hasta ahora hemos encontrado: la cuña didáctica de experto y la opinión de experto. La cuña didáctica se formula parentéticamente en el interior del desarrollo de un tema (en el seno de un marco de investigación) y se refiere a cuestiones generales de la organización de la experiencia subjetiva (independientes de la individualidad del paciente aunque aplicables también a él) sobre la cual T reivindica implícitamente una exclusiva competencia respecto al paciente. La intervención es en cierto sentido funcional a la investigación y a P no se le permite replicar, en cuanto las afirmaciones de T no hacen referencia a contenidos específicos de la experiencia personal de P, de la cual continúa siendo el experto de forma siempre exclusiva.
- 5 Se trata de aquel tipo de actividad que hemos denominado “plan de acción” (Bercelli e Lenzi 1998, 2004).
- 6 Algunas problemáticas relativas a la identidad narrativa y a la construcción retórica de la identidad se consideran aunque tangencialmente en Lenzi 2005

Referencias bibliográficas

- ARCIERO, G. (2006). *Sulle tracce di sé*, Torino, Bollati Boringhieri Editore
- AUSTIN, J., (1967). *How to do Things with Words*. Oxford, Oxford University Press
- BERCELLI, F., LENZI, S., (1998). *analisi Conversazionale di sedute di Terapia Cognitiva*, in Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 2, 6-27
- BERCELLI, F., LENZI, S.,(1999). *Riascoltando una seduta II*, in Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 4, 42-60
- BERCELLI, F., LENZI S. (2004). *Tipi di actividad in psicoterapia: l'accomodamento procedurale*, Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 15, 8-27
- BERCELLI F., LENZI S. (2005). *La conversazione nella terapia cognitiva a orientamento costruttivista*, in Bara B., Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva, Torino, Bollati Boringhieri, 2005
- BERCELLI, F., LEONARDI P, VIARO M. (1999), *Cornici terapeutiche*, Milano, Cortina
- CRITTENDEN, P.M., (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Edizione Italiana a cura di Graziella Fava Vizziello e Andrea Landini, Milano, R. Cortina Editore.
- DODET M. 1998. La moviola. *Psicoterapia*, 4, 13, 89- 93.

- GALATOLO, R., PALLOTTI G., (1999) *La conversazione. Una introduzione allo studio dell'interazione verbale*, Milano, Raffaello Cortina Editore
- GOFFMAN, E., (1974). *Frame Analysis*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- GUIDANO V.F. 1987. *Complexity of the self*. The Guilford Press, New York. [*La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988].
- GUIDANO V.F. 1991. *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. Guilford, New York [*Il sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva postrazionalista*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992].
- GUIDANO (1999) *La storia del paziente secondo Vittorio F. Guidano*. In Veglia, F., (a cura di). *Storie di vita*, Torino, Bollati Boringhieri
- GUIDANO V.F. 2000. Orientamenti razionalisti e non razionalisti nella psicoterapia cognitiva (seminario tenuto nel 1989). In: Nardi B., ed., *Vittorio Guidano e l'origine del cognitivismo sistemico processuale*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona.
- LENZI S. (1997). *La modificazione delle strutture cognitive e i processi di comunicazione*, in AAVV: *Programmazione NeuroLinguistica, grammatica e pratica*, pp 59-75, Torino, Edizioni Sonda, 1997
- LENZI, S., (2001) *come agisce l'EMDR. Contributo per una interpretazione in chiave cognitivo-costruttivista*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 9, vol 4, pp 26-45
- LENZI, S., (2005). *Prospettive di narrazione e retorica dell'identità nei resoconti di esperienze personali negative di adolescenti* in Nardi, B., Brandoni M., Capecchi I., Approccio all'adolescente difficile, Ancona, Quaderni ASUR
- LENZI, S., BERCELLI, F. (1999). *Riascoltando una seduta III*, in Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 5, 50-81,
- LENZI, S., BERCELLI, F. (2006). *L'indagine riflessiva su episodi e situazioni problematiche; una tecnica di terapia cognitiva descritta secondo una prospettiva di analisi cognitivo conversazionale*, Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 19, 58-81
- LENZI S., FORTUNATO G. (1994). *La terapia con la Programmazione NeuroLinguistica: riflessioni ed esempi*, Riflessi, Rivista di Psicologia, Psicoterapia, Psicosomatica, 1994, N2/3, Atti del I convegno nazionale AP SIMP "Psicoterapie a confronto"
- LEOPARDI, P., VIARO, M., (1990). *Conversazione e terapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MAIN M., GOLDWYN R., (in press). *Adult Attachment scoring and classification systems*. In: Main M. assessing Attachment trough Discours, Drawings and Reunion Situations, Cambridge UP, NewYork
- RICE L.N., 1984, *Client task in client-centered therapy*, in R.F. Levant, J.M. Shlien (eds), *Client-centered therapy and the person-centered approach*, Praeger, New York.
- TULVING, E. (1995) *Organization of Memory: Quo Vadis?* In M.S. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences*. Cambridge, MA: The MIT Press.