

UN MARCO NARRATIVO-HISTÓRICO PARA LA TERAPIA POST-RACIONALISTA: ACTUALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS PSICOTERAPÉUTICOS

Leonor María Irarrázaval Correa
Máster en Terapia Cognitivo Social, UB
fidelio@post-racionalismo.com
www.post-racionalismo.com

The theoretical evolution of the social sciences and mental health does not always develop by a parallel advance in practical applications. The discourses of the professionals of mental health often declare the intention of advance but in their practice are not few the ones who still find themselves trapped in procedures that new times declare obsolete. Precisely, in this article the conceptual principles and clinical applications of the cognitive post-rationalist model are brought up to date following their current trends into phenomenology and hermeneutics. It is a simple intent of supporting the continuity of this model.

Key words: evolution of the social sciences, mental health, postracionalism, psychotherapy, phenomenology, hermeneutics.

INTRODUCCIÓN

La interdependencia entre lo tácito y lo explícito, la experiencia y la explicación, planteada como inherente a todo proceso de conocimiento humano, constituye, junto con la noción de autoorganización, la base teórica central a partir de la cual Guidano (1987, 1994) presenta un modelo de la dinámica de la mismidad y, coherentemente con éste, una metodología y una estrategia de intervención para la terapia cognitiva post-racionalista.

En términos generales, el modelo desarrollado inicialmente por Guidano (1987, 1994) destaca los aspectos del marco narrativo en la construcción de la experiencia humana, y otorga especial importancia a la relación entre tipos de apego y significado personal. Así es como este modelo en sus comienzos se perfila como una psicología del significado, centrándose fundamentalmente en el estudio de la

historia evolutiva de un *self* (sí mismo), concebido como un proceso ontológico, unitario e intersubjetivo; un *self* que se autoorganiza vitalmente procurando el mantenimiento del sentido de la propia continuidad histórica.

En los últimos años, los avances del post-racionalismo se han desarrollado principalmente en el campo de la filosofía contemporánea, especialmente de la fenomenología y de la hermenéutica. En esta continuación se destacan los aportes de Arciero (2004), quien pone especial atención en los procesos de formación, estabilización y cambio de la identidad personal. Este autor ahonda preferentemente en el estudio de la construcción de las narrativas y de la articulación simbólica de la experiencia que observa tanto en los ámbitos clínicos como en las expresiones de la literatura. Podría afirmarse que en la actualidad este modelo se encamina hacia lo que parece vislumbrarse como una psicología de la interpretación.

La subjetividad, la temporalidad y la identidad personal, hoy se plantean como los conceptos centrales para entrar desde la dimensión narrativa hacia la inacabable tarea de comprender la complejidad de la experiencia humana. Siguiendo esta línea, se podría sostener, en resumidas cuentas, que se ha logrado una expansión hermenéutico-narrativa de los conceptos teóricos centrales del modelo, no obstante, las implicaciones prácticas para la psicoterapia están todavía por revelarse.

SUBJETIVIDAD, TEMPORALIDAD E IDENTIDAD NARRATIVA

“Todos los días pasan en el mundo cosas que no son explicables según las leyes que conocemos de las cosas. Todos los días, contadas en su momento, se olvidan, y el mismo misterio que las trajo se las lleva, convirtiéndose el secreto en olvido. Tal es la ley de lo que debe ser olvidado porque no se le encuentra explicación. A la luz del sol sigue con su regularidad el mundo visible. El ajeno nos observa desde la sombra” (Pessoa, 2002, Pág.431).

La experiencia emocional se ordena temporalmente en el lenguaje a través de un proceso de interacción dinámica y compleja, siguiendo los principios consensuales de secuencialización cronológica, causal y temática. La narración de la historia personal se construye a lo largo de la vida procurando, sobretodo, la permanencia de un sentido positivo y coherente de su protagonista. Es decir, la articulación de la experiencia afectiva en la trama narrativa se plantea como un proceso abierto, que se desarrolla durante toda la vida, en la búsqueda constante de una *verdad narrativa* que permita mantener un sentido de continuidad y coherencia entre el protagonista y el narrador de la propia historia personal (Guidano, 1994, 1999).

Durante los primeros años del desarrollo, el predominio de ciertas emociones en la interacción recíproca con las figuras significativas de apego es el invariante relacional que define cierta tendencia o predisposición afectiva. Como diría Ricoeur (2003), se imprime una “huella afectiva” responsable del sentido de permanencia en el tiempo, propio de la “mismidad”. Poco a poco, a lo largo de los primeros años de vida van tomando forma distintos *estilos de funcionamiento*

afectivo que se estabilizan a partir de ciertos estados emocionales y temas que se vuelven predominantes en la interacción. De este modo, desde el nacimiento se comienza a definir un estilo particular y único de funcionamiento afectivo, el cual define, a su vez, un particular modo de sentirse y de actuar en reciprocidad con los otros.

Al llegar a la adolescencia, el desarrollo del pensamiento abstracto y la capacidad reflexiva suscitan una serie de aspectos respecto al ¿quién? Pregunta que lleva irremediamente, como plantea Ricoeur (1996), a la situación de “puesta en escena del personaje”. Esta pregunta desencadena el inicio del proceso de configuración de la *identidad narrativa* que se va estableciendo, en un dominio metacognitivo, a partir de la interacción entre los aspectos permanentes de uno mismo (*mismidad*) y los aspectos del sí que se mantienen en contraste con la multiplicidad de los eventos cambiantes (*ipsidad*).

La identidad narrativa, que es la manera de contarse quién es uno en la historia que se ha vivido, permite mantener un sentido estable del sí mismo en el transcurso de la vida a través del interjuego constante entre la continuidad y la variabilidad de la experiencia (Arciero, 2004). Es la descripción del protagonista de la propia historia que otorga las características de unicidad y continuidad del sentido de sí mismo, y que es, finalmente, lo que permite a cada cual reconocerse en la propia subjetividad.

Es en el espacio imaginario donde se realiza la continua reordenación de la experiencia presente, resultado de la constante influencia recíproca entre el recuerdo y el horizonte de expectativa. El proceso de configuración de la identidad narrativa hace posible ordenar la experiencia del devenir temporal a través del balance entre la integración del pasado y la anticipación de la experiencia futura. Esto posibilita la consiguiente estabilización de una autoimagen consciente, aceptable y unitaria (Arciero, 2004).

Por último, Ricoeur (2003) plantea la existencia de dos tipos de lecturas en relación con el tiempo: una lectura cosmológica (un tiempo del “mundo”) y una lectura psicológica (un tiempo del “espíritu”). Se podría entender que estas dos diferentes lecturas del tiempo se corresponden con las dimensiones temporales del mundo *subjetivo e intersubjetivo*. Es decir, el tiempo en la memoria de la experiencia individual se ordena en la dimensión subjetiva de la *historia vivida*, en cambio, el tiempo en la narración se ordena normalmente según las reglas consensuales intersubjetivas de la *historia narrada*. Como se establece más adelante, estas conceptualizaciones del tiempo permiten aproximarse a una nueva manera de entender el desbalance clínico.

COMPRESIONES SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA

Cada estilo de funcionamiento afectivo está organizado para mantener al mínimo el grado de activación emocional de los *temas ideoafectivos discrepantes*

que han quedado permanentes en las *huellas de la mismidad*. De este modo, se procura mantener la continuidad de un sentido de sí mismo positivo frente a la contrariedad de eventos cambiantes (Arciero, 2004). De manera más sencilla, se podría decir que, desde la propia experiencia emocional, cada persona construye una visión narrativa de sí misma y del mundo mínimamente tolerable para poder continuar en la vida.

En un contexto intersubjetivo, el quiebre inesperado de la sintonía recíproca con un otro significativo, al que se enfrenta sorpresivamente la ipsidad, podría provocar un impacto emocional que, dependiendo del grado de intensidad, activa la vivencia de los temas ideoafectivos discrepantes que han permanecido (ocultos) en la huella de la mismidad. Metafóricamente se podría representar la experiencia emocional discrepante como permaneciendo “oculta” en las profundidades de un pozo emocional”. Entendiendo que se trata de una experiencia que ha quedado “tácitamente congelada” o detenida en el tiempo subjetivo de la memoria de la persona y que viaja “atemporalmente” a lo largo del transcurso de sus interacciones.

A partir de los temas ideoafectivos discrepantes que se han activado, la persona espontáneamente reconstruye una visión de sí misma y del mundo, reinterpretándose y reinterpretando las problemáticas significativas de la etapa del ciclo vital que atraviesa bajo las “tinieblas” del pozo emocional en que se ha hundido. Asimismo, pierde la perspectiva histórica de la construcción de su identidad narrativa, difuminándose la dimensión espacio-temporal de su historia personal y quedando “atrapada” en una percepción inmediata de sí misma y del mundo que se concretiza en la temática particular del desequilibrio afectivo.

En este sentido, en el transcurso de la historia de interacciones, la persona puede re-caer en estos pozos emocionales y pueden re-activarse estados emocionales altamente discrepantes que podrían llegar a desencadenar procesos más o menos graves de *desregulación afectiva*. Esto podría constituir una amenaza para la estabilidad de la propia imagen y la persona podría experimentar un sentido de sí misma y del mundo altamente negativo, difícilmente tolerable en algunos períodos. Estos procesos, con las consecuentes interrupciones del sentido de continuidad temporal, provocan, en casos extremos, *estados de fragmentación* más o menos duraderos.

Desde esta perspectiva, se entiende que el desequilibrio afectivo intenso que toma forma de desbalance clínico se acompaña de una secuencialización de la experiencia discrepante que no está siendo suficientemente articulada en la trama narrativa y, por lo tanto, esta experiencia se activa de manera poco diferenciada (Guidano, 1997). Por lo mismo, si no ocurre de manera natural, se requiere un trabajo de reflexión dirigido a que la persona pueda reconocer y comprender lo que le está ocurriendo en la inmediatez de su experiencia. Por consiguiente, la *regulación afectiva* se restablece cuando la persona puede integrar la experiencia discrepante coherentemente en su narrativa personal y, de este modo, recuperar el sentido

de continuidad de su identidad histórica (Arciero, 2004).

Este punto de vista se asemeja a los planteamientos de Gadamer (2001), quien entiende la enfermedad mental como una pérdida de equilibrio del funcionamiento natural de la persona, que no sólo constituye un hecho médico-biológico, sino también un proceso vinculado con la historia del individuo y de la sociedad. Este autor señala: “si la recuperación del equilibrio natural se cumple exitosamente, el maravilloso proceso de restablecimiento le devuelve también al convaleciente el equilibrio vital dentro del cual previamente se sentía él mismo” (Gadamer, 2001, Pág. 56).

NORMALIDAD, NEUROSIS Y PSICOSIS: FORMAS DE EXPRESIÓN EMOCIONAL

El devenir temporal de la experiencia emocional progresa entre estados permanentes de equilibrio afectivo y estados transitorios de desequilibrio. Estos procesos emocionales, dependiendo de la dinámica entre continuidad y discontinuidad, tienen posibilidades de expresión en diferentes dimensiones de la experiencia explícita. Una *expresión narrativa* que normalmente permite mantener una imagen suficientemente positiva y válida de su protagonista. Una *expresión “prototípica”*, poco articulada en la trama narrativa, que aparece en estados de desequilibrio afectivo que amenazan la continuidad de la coherencia de una imagen aceptable. Una *expresión “virtual”* que se manifiesta normalmente a través de los sueños, o bien, bajo formas personales alejadas de la consensualidad que aparecen cuando se activan estados de intenso desequilibrio afectivo capaces de interrumpir el sentido de continuidad temporal.

Cabe mencionar que hoy los resultados de las investigaciones de las neurociencias destacan la similitud “neurológica” que parece existir entre los sueños y las psicosis, y la falta de control consciente que experimenta la persona en ambos casos. Se apunta hacia la posibilidad de que los mecanismos que operan en el cerebro para producir las ensoñaciones de la etapa del sueño REM sean parte de los mismos circuitos y neurotransmisores que se activan en las psicosis (Mora, 2004). Estas investigaciones presentan las bases biológicas que apoyan los intentos de comprender el estado psicótico como una forma de “soñar despierto”.

Desde esta perspectiva, la normalidad, la neurosis y la psicosis, se consideran modalidades diferentes de simbolizar y articular en el lenguaje la experiencia emocional en curso. Estas modalidades *forman parte de un continuo* y, lejos de verse como entidades separadas y estáticas, se consideran potencialmente reversibles pues sus límites son indefinidos. No obstante, la experiencia puede ser ordenada y articulada en el lenguaje a través de un desarrollo normal, neurótico o psicótico, en cualquiera de estos casos se mantienen implícitamente las mismas reglas de coherencia interna que predominan en cada estilo de funcionamiento afectivo, sólo que el discurso y la conducta adoptan una forma diferente (Guidano, 1994, 1995).

En los estados de equilibrio emocional normal se manifiesta un discurso variado en cuanto a temáticas y un comportamiento aparentemente flexible, en cambio, a medida que se avanza hacia estados más neuróticos, el discurso se concretiza en los temas ideoaffectivos discrepantes y la conducta se vuelve cada vez más estereotipada. En los casos cronificados de desbalance neurótico, el discurso y la conducta llegan a adoptar formas tan estereotipadas que son fácilmente clasificables según categorías de personalidad. Se han establecido cuatro categorías “puras” de estilos de personalidad (y de desbalance clínico) que tienden a la interpretación del sí mismo y del mundo en los siguientes términos: aprobación/fracaso (dápícos), soledad/pérdida (depresivos), protección/constricción (fóbicos) y certidumbre/ambivalencia (obsesivo-compulsivos) (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

Los estados psicóticos, por su parte, se caracterizan por interrupciones intensas y repentinas del sentido de continuidad del sí mismo que se prolongan en el tiempo con pérdida de las funciones de orientación y memoria (Guidano, 1995). El discurso y la conducta se dirigen exclusiva y recurrentemente hacia los temas ideoaffectivos discrepantes. La persona cae en un estado de hiperreflexividad e hiperconsciencia, y se sumerge profundamente en su mundo interior. El discurso desborda los límites de la propia subjetividad, adoptando formas muy personales (como los delirios o las alucinaciones), al punto de escaparse de lo comprensible y consensual (Arciero, 2004).

Por lo tanto, los estados neuróticos y psicóticos son formas discursivas y conductuales que expresan procesos emocionales en desequilibrio. Por esta razón, son estados naturalmente transitorios y potencialmente reversibles a formas normales. Estos estados pueden prolongarse por segundos, horas, días, semanas, meses, hasta años, o incluso la persona puede perderse en su propio mundo por el resto de su vida. Es posible que la cronicidad de estos estados se deba a la falta de un adecuado y oportuno tratamiento.

Esquizofrenia: una Forma de Expresión “Psiquiátrica”

Se destaca la dificultad de establecer una categorización nosográfica unitaria y fiable para la esquizofrenia, ya que es una forma clínica que tiene un curso heterogéneo; incluso su papel como categoría nosográfica en sí ha sido cuestionado. Generalmente aparece en la adolescencia bajo la forma de sólo un episodio psicótico, o bien, puede presentarse una historia de varios episodios, luego la persona vuelve a su estado de funcionamiento anterior, normal o neurótico (Guidano, 1995). Análogamente, desde las neurociencias se observa que se trata de una enfermedad “poligénica”, no siendo siempre los mismos genes implicados ni necesarios ni imprescindibles para su aparición (Mora, 2004).

Al llegar a la adolescencia, con el desarrollo del pensamiento reflexivo, la persona se ve enfrentada a integrar toda su experiencia pasada en una identidad

única, diferenciada de la de sus padres, manteniendo la continuidad del sentido de sí misma y creando proyectos de futuro. Evidentemente, los estilos de funcionamiento que han desarrollado un sentido “difuso” de la mismidad son los más vulnerables a sufrir desbalances psicóticos en esta etapa, justamente por los problemas que se presentan a la hora de construir y estabilizar un sentido unitario de sí mismos (Guidano, 1995).

Serían algunas experiencias límite, vividas en la etapa crucial del desarrollo de la identidad personal, las que podrían provocar un punto de quiebre o fragmentación del sentido de sí mismo y desencadenar un estado psicótico más o menos duradero. Como señala Ricoeur (1995, Pág. 126), “aquellas experiencias límite en las que la identidad ipse se deja llevar, por así decirlo, por su propia forma interrogativa: ¿quién soy yo? Sin encontrar esa respuesta que podría proporcionarle la identidad entendida como mismidad”.

En palabras de Arciero (2004), la esquizofrenia se caracteriza por lo que denomina “pérdida de cohesión del sí mismo” que resulta del colapso de la dimensión temporal de la trama narrativa y que conlleva a una descontextualización de la experiencia emocional discrepante. De este modo, la narración del sí mismo pierde la coherencia semántica que otorgan los principios consensuales de ordenamiento temporal (cronológico, causal y temático).

Según esta perspectiva, los llamados brotes delirantes agudos, que son la principal manifestación de la esquizofrenia, no son más que momentos de extrema y completa fragmentación de la identidad personal que puede ocurrir en cualquier estilo afectivo (más frecuentemente en los dápicos), y que generalmente aparecen en la adolescencia y primera juventud. Desde un punto de vista más amplio, Sass (2002) señala que estos estados de fragmentación de la identidad personal surgen de manera característica en la consciencia post-moderna, principalmente debido al aumento de la velocidad y la multiplicidad de las interacciones humanas.

En resumen, lo que tradicionalmente se agrupa bajo el diagnóstico de esquizofrenia, al parecer sucede heterogéneamente. Una proporción significativa de esquizofrénicos tiene un sólo episodio psicótico del que se recupera naturalmente y sólo una pequeña proporción llega a ser crónica. Por tanto, es considerablemente dudoso que ese carácter crónico sea inherente a la esquizofrenia. Es más, se podría plantear que la «esquizofrenia crónica» es algo que tiene que ver con nuestra cultura y con el tipo de tratamiento empleado (efectos negativos de la hospitalización, del abuso de neurolépticos y de la estigmatización social), y no con una enfermedad propiamente dicha (Guidano, 1995; Arciero, 2004).

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA: FORMAS DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

En las siguientes páginas se describen cuatro formas de desequilibrio afectivo: dápica, depresiva, fóbica y obsesiva. Y para ilustrarlas se han incluido cuatro casos

clínicos que se presentan muy resumidamente, a modo de ejemplo, pero que son fácilmente distinguibles según estas clasificaciones. Además, en estos ejemplos es posible delinear sin esfuerzo la orientación terapéutica empleada, la cual se dirige inicialmente en todos los casos a esclarecer los temas ideoafectivos discrepantes para luego plantear alternativas de acción específicas en cada caso particular.

Los síntomas del desequilibrio afectivo se consideran en las distintas formas expresivas, neuróticas y psicóticas; no obstante, hay que tener en cuenta que las diferentes expresiones sintomáticas no son exclusivas de un estilo afectivo particular. Por ejemplo, la reacción depresiva puede aparecer también en el fóbico o en el dápico, alternadamente, lo que marca la diferencia son las reglas de coherencia interna y los temas ideoafectivos predominantes.

Asimismo, la sensibilidad al juicio de los otros aparece bajo distintas formas de significado. Por ejemplo, en el dápico, el temor a la desaprobación por parte de los otros se refiere a la posibilidad de dejar en evidencia el intenso sentido de fracaso personal; en el depresivo, se relaciona con la propia negatividad sentida ante la anticipación dramática de un destino incorregible de abandono y soledad; en el fóbico, se relaciona con la propia negatividad experimentada como un insostenible sentido de debilidad personal; y, por último, en el obsesivo, tiene que ver con dejar al descubierto el inaceptable sentido de sí mismo del polo negativo de una autoimagen dicotómica.

Tampoco hay que quedarse sólo al nivel de los términos que la persona utiliza para referirse a su problemática, sino que hay que indagar en el trasfondo emocional y de significado personal de la experiencia subjetiva. Por ejemplo, la palabra “peligro”, no necesariamente se infiere “temor a perder el control”, como suele ocurrir en estilo fóbico, sino que puede estar significando “temor a la pérdida”, que es predominante en el estilo depresivo.

FORMA DÁPICA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

La hipersensibilidad al juicio de los otros aparece junto con el desequilibrio afectivo que se desencadena a partir de la activación de temas ideoafectivos relacionados con la confrontación directa o la anticipación imaginaria ante situaciones que puedan poner en cuestionamiento el propio valor en términos de fracaso personal. La vivencia de intenso fracaso por la desaprobación percibida por parte de los otros provoca un sentido negativo de inutilidad y/o vacío (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas neuróticas, y mayoritariamente en las mujeres, la recurrente y prolongada sensación de fracaso se concretiza y se refiere a aspectos relacionados con la estética corporal (sentirse gorda). El intento de corregir el sentido negativo de inutilidad y/o vacío se manifiesta bajo la forma de los trastornos de la conducta alimentaria. En cambio, en los hombres habitualmente se refiere a la preocupación por aspectos sexuales que podrían cuestionar el sentido de la propia masculinidad

(sentirse poco viril) (ejemplo de un caso en Irarrázaval, 2002), y pueden aparecer cuadros clínicos como, por ejemplo, los trastornos de la erección y eyaculación (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas psicóticas, algunas veces, la propia negatividad tiende a corregirse a partir de la construcción de una identidad ideal y de mundos fantásticos que posibilitan resolver imaginariamente el tema ideoaectivo en la base del conflicto (por ejemplo en algunos estados psicóticos maniacales (Irarrázaval, 2004)). Otras veces, el temor a exteriorizar los aspectos evaluados como negativos del mundo interior, y quedar en ridículo ante los demás, puede desencadenar delirios de tipo persecutorio. Cuando la propia negatividad sentida se corporaliza a estos niveles de procesamiento aparecen los trastornos dismórficos (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Caso clínico

Laura tiene 26 años de edad y trabaja de administrativa en una inmobiliaria. Sus padres son inmigrantes negros. El padre de 67 años de edad se separó de la familia hace 10 años aproximadamente y no mantienen contacto con él. La madre de 56 años estudió odontología en España y actualmente trabaja en una clínica dental. Laura vive con su madre y sus tres hermanas.

Desde los 20 años de edad Laura señala que empieza a preocuparse por su “mal olor corporal” (cree que huele a “mierda”) y cuenta que comienza a aislarse hasta que solamente sale de casa para ir y volver del trabajo. Dice que primero comenzó a pensar que en su barrio la gente comentaba sobre su mal olor, luego que todo el pueblo hablaba de este tema, hasta creer que se había divulgado en todo el país.

A los 23 años de edad recibe el diagnóstico de “fobia social” y sigue un tratamiento psiquiátrico. Laura estaba convencida de su “fama por el mal olor” y tenía una autoimagen muy negativa de sí misma. Precisamente por ese motivo, un año más tarde decide viajar al extranjero a seguir un curso de idiomas, creyendo (engañosamente) de que allí, como nadie la conoce, la gente no podía saber nada de su problema ni comentar al respecto, sin embargo (como era de esperar), el problema se repite y después de tres meses decide regresar a España.

Laura se presenta a la consulta señalando que su problema actual es que cuando se pone nerviosa “apesta”, que “huele a mierda”, no obstante, reconoce que este tema ha dejado de ser tan predominante como hace algunos años. Dice que le preocupa la opinión de los demás y que piensa que los demás la critican. Manifiesta que tiene miedo al fracaso y temor a hacer el ridículo, a tal punto de que habitualmente abandona los estudios y los trabajos. Por este motivo incluso deja de hacer las labores cotidianas

que implican salir de casa, como ir de compras. Nunca ha tenido una relación de pareja ni relaciones sexuales. Desde hace un año le gusta un chico pero nunca se lo dijo y éste encontró novia hace poco.

Al avanzar la terapia, reconoce que le ha costado construir una identidad propia y positiva de sí misma, que siempre ha sido “la marginada”, la “freacky”, la “pardilla”. Se da cuenta de que no confía en su criterio personal y que siempre intenta cumplir las expectativas de los otros. Además, cree que parte de su problema es el hecho de ser “negra” por que es visto como algo negativo por los demás (generalmente se dice que “los negros huelen mal”). Al respecto, recuerda que siendo niña, más o menos a la edad de 10 años, su mejor amiga de la escuela le dijo que los niños no querían jugar con ella porque era “negra”, comentario que cree le ha influido especialmente. Actualmente señala que incluso ella misma tiene prejuicios contra los negros, y afirma pensar y sentir como catalana (como “blanca”). Además, Laura dice que le da muchas vueltas a las cosas sin encontrar soluciones ni emprender acciones, y concluye que probablemente esta misma actitud, que esconde el temor al fracaso y expectativas altamente perfeccionistas, es la que no le ha permitido hasta ahora enfrentar y asumir las decisiones importantes de su vida (alquilar un piso e independizarse, tener un trabajo estable y tener un novio).

Por lo tanto, durante la terapia se acompaña a la paciente desde una dimensión en la cual lo externo sirve para definir lo interno hacia una dimensión más subjetiva e internalizada del tema de identidad personal. Se trata de que Laura vaya aceptando y confiando cada vez más en cómo se siente internamente y que al mismo tiempo vaya flexibilizando los patrones externos de evaluación de sí misma. Es decir, se intenta facilitar la construcción de un sentido de identidad personal basado en sus características particulares y únicas, intentando relativizar la imagen prejuiciada y discriminatoria en términos de “negra”.

FORMA DEPRESIVA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

La *hipersensibilidad a la pérdida* está en la base del desequilibrio afectivo que se produce por la activación de temas ideoafectivos conectados con emociones intensas y descontroladas de rabia y tristeza. La experiencia afectiva interpretada como pérdida puede provocar estallidos incontrolados de rabia que se alternan con estados de intensa desesperación, vergüenza y culpa. Estas emociones están vinculadas a una situación sentida como un fuerte rechazo o a una pérdida efectiva o anticipada de un ser significativo en un mundo construido en términos de soledad (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

El esfuerzo por corregir activamente el sentido negativo de sí mismo puede llevar a una verdadera actitud de autosuficiencia y de lucha ante la vida. En cambio,

la percepción de inutilidad de este esfuerzo tiende a expresarse, en las formas neuróticas, como trastornos depresivos mayores. Además, la pérdida efectiva (por muerte o separación) de un ser amado tiende a desencadenar procesos prolongados de duelos no elaborado y la hipersensibilidad a la pérdida provoca la constante vivencia de rabia/tristeza con la visión incorregible de un mundo provocador de abandono, rechazo y soledad. Todo ello puede ser el origen de toxicomanías autodestructivas y conductas delictivas (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas psicóticas, habitualmente se observan delirios relacionados con un destino incorregible de culpa, ruina, miseria y soledad. Cuando se hacen atribuciones externas de la propia vivencia discrepante se pueden presentar cuadros delirantes persecutorios (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Caso clínico

María tiene 39 años de edad, vive sola y trabaja en una biblioteca. Es hija única. Su padre tiene 69 años y su madre 61, trabajan juntos en un negocio familiar en un pueblo pequeño. Los tres son católicos practicantes.

Viene a la consulta con un diagnóstico previo de “depresión”. María señala que, dada la imposibilidad de encontrar una pareja “adecuada” con quien tenga afinidades y frente a la “presión de la maternidad”, se ha planteado recurrir a una inseminación artificial para ser madre. Manifiesta que actualmente se encuentra “hundida”, “desesperada” y que está “sufriendo muchísimo”. Dice que no ha podido comprobar “si realmente algún hombre la puede querer”. Incluso, señala que hace algunas semanas decidió romper una relación de cuatro meses con un inmigrante porque le pareció que él no la quería “verdaderamente” a ella sino que estaba interesado en sus papeles.

Manifiesta ver el mundo como un lugar inhóspito donde confirma un destino de soledad irremediable. No le preocupa tanto la opinión de los demás sino el drama interno que vive principalmente por ver rotas sus ilusiones de formar una familia con una hombre que la quiera. Sobre todo le desespera el pensar que en este momento de su vida se ve en la obligación de decidir tener un hijo sin haber encontrado una pareja. Añade que ha tenido problemas sexuales desde hace tiempo y cree que ha sido por concebir a los hombres como “amenazantes”. Dice que hasta ha llegado a odiar a los hombres “porque ellos separan la sexualidad del amor”.

En su historia de desarrollo predomina un sentido profundo de soledad y sufrimiento. Sus diálogos recurrentes reflejan el tema predominante de soledad por su incapacidad de aceptar que no tiene hermanos, de no aceptar la futura muerte de sus padres y sobre todo de no haber encontrado pareja ni de ver posibilidades de encontrarla en el futuro. María pasó una infancia marcada por la soledad. Sus padres trabajaban duro y pasaban

muchísimas horas fuera de casa y la dejaban, indiferentemente, al cuidado de vecinos y amigos. Cuenta además que desde la infancia ha tenido una actitud de rechazo hacia el sexo opuesto. Destaca que en la adolescencia le marcó que sus compañeros de colegio se burlaran de ella con un sobrenombre que era atribuido a su familia, que se sentía muy avergonzada y que aún se siente especialmente sensible cuando todavía lo escucha en el pueblo. No obstante, menciona que (curiosamente) sus padres no han atribuido ningún significado negativo particular a este sobrenombre.

Posteriormente en el transcurso de la terapia revela que en la adolescencia, alrededor de los 13 años de edad, unos compañeros del colegio se “aprovecharon” sexualmente de ella y que, anteriormente a los 10, un hombre desconocido le “exploró” sus genitales, aunque manifiesta un notable desinterés respecto a estas situaciones. Así, se descubre que en la adolescencia experimenta una historia paralela de burla y rechazo por parte de sus compañeros, aunque afirma que sobretodo le ha afectado el hecho de que se burlaran de ella por el mote y no le atribuye mayor importancia a la historia de contenido sexual. Por lo tanto, hay dos temas paralelos que se solapan en su adolescencia, una historia contada abiertamente y otra que ha permanecido oculta, ambas se conectan con las emociones de “rabia”, de “rencor” y de “deseos de venganza” que la paciente ha ido recreando desde entonces.

La terapia se dirige inicialmente a lograr un distanciamiento de las emociones de desesperación, rabia y tristeza en que María se ha hundido por la anticipación de un destino irremediable de soledad. Progresivamente se reconstruye la historia afectiva integrando los aspectos sexuales que han permanecido siendo un tema “tabú”. Poco a poco se traslada el futuro “idealizado” hacia la comprensión y aceptación de la condición afectiva que vive en el presente. La maternidad comienza a aparecer, independientemente de quién realice la fecundación, como una alternativa viable de remediar su soledad y le devuelve la ilusión por el futuro. Se vuelven menos recurrentes los temas de ser madre sola, de la muerte anticipada de los padres y de no tener hermanos. La posibilidad de encontrar una pareja se separa de la posibilidad de ser madre y surge una nueva visión del amor como un largo camino por recorrer.

FORMA FÓBICA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

El desequilibrio afectivo se desencadena junto con la *hipersensibilidad a la falta de control* al activarse temas ideoafectivos conectados con las emociones intensas de miedo y ansiedad. Estas emociones aparecen vinculadas a un sentido negativo de debilidad y/o desprotección ante situaciones incontrolables percibidas como altamente peligrosas y/o constrictivas (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

Si el miedo a perder el control se concretiza en el propio cuerpo se manifiesta una preocupación excesiva por el padecimiento anticipado de enfermedades graves. Así comienzan a tomar forma los cuadros hipocondríacos de las formas neuróticas. En las formas cronificadas aparecen las típicas personalidades hipocondríacas que se caracterizan por un estereotipado intento de “hipercontrolar” el propio cuerpo y permanentes preocupaciones hacia aspectos somáticos (con innumerables visitas a los médicos) (Guidano, 1994; Arciero, 2004). Enfermedades somáticas con una importante influencia de factores psicológicos, como por ejemplo la fibromialgia (ejemplo de un caso en Irarrázaval, 2002), son frecuentes en estos casos.

En los casos en que la sensación de falta de control se orienta hacia un mundo percibido como “peligroso” aparecen los cuadros de tipo agorafóbico. Cuando la sensación de pérdida de control surge ante la percepción de un mundo “constrictivo” pueden llegar a desencadenarse los cuadros claustrofóbicos. Los síntomas constrictivos pueden aparecer paralelamente al aumento del compromiso percibido en una relación significativa como, por ejemplo, el matrimonio o el nacimiento de un hijo. También en situaciones de estrés o de acoso en el trabajo. Incluso en situaciones del día a día como detenerse frente a una luz roja, subir a un ascensor o hacer una cola (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En los casos extremos de fobia crónica aparecen las formas psicóticas típicamente como un delirio hipocondríaco (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Caso clínico

Pedro tiene 44 años de edad, trabaja de contable en una empresa de seguros. Está casado hace 16 años. Su esposa tiene 37 años de edad y es ama de casa. Tiene un hijo de 11 años y una hija de 4.

Se presenta en la consulta con un diagnóstico de “trastorno de ansiedad”. Dice que el motivo por el que consulta es que sufre muchas molestias físicas como consecuencia de una “prostatitis crónica” diagnosticada hace 11 años (coincide con el nacimiento del hijo). Sin embargo, aparte de estas molestias físicas, Pedro sospecha que su problema puede ser de origen psicológico, que describe como un “miedo incapacitante”. Tiene miedo de ir a todas partes porque sufre una necesidad “incontrolable” de ir al lavabo, que surge en los momentos y lugares menos esperados. Destaca que este problema que vive desde hace tiempo lo ha limitado laboral y socialmente.

Pedro comenta que hasta antes del nacimiento del primer hijo viajaba muchísimo por motivos laborales pero que ha tenido que dejarlo ya que ahora, por ejemplo, siente pánico a los aviones y se siente incapaz de viajar en tren. Solamente tolera viajar en coche cuando es él quien conduce. Además, señala que procura tener siempre el “control” de las situaciones

y que tiene como una obsesión por tener “protegido” a todo el mundo. Sobretudo últimamente, dice que siente la limitación de tener que planear cada situación pensando siempre en el tema del lavabo porque “no se puede aguantar cuando le vienen las ganas de orinar”. Ha llegado a este extremo de tener que controlar todas las situaciones para poder “escabullirse” e ir al lavabo sin que los demás noten este signo de “debilidad”, que lo hace sentir como una “criatura”.

Al referirse a su historia de vida, Pedro relata una larga “historia de enfermedades”. A los 12 años de edad estuvo seis meses en cama por una enfermedad del riñón y recuerda que no le dejaban ir “libremente” al lavabo. La noche de bodas la pasó en urgencias de un hospital por una “uveítis” (infección interna del ojo). Hace dos años le diagnosticaron una fibromialgia. También padece de colón irritable, colesterol alto y cada cierto tiempo sufre de hemorroides. Además, tiene pendientes una “esfínterotomía” (tratamiento láser de fisuras anales) y una prueba de resonancia magnética en una rodilla que se ha lesionado jugando al fútbol.

En la terapia se plantea la necesidad de hacer una lectura “psicológica” de las situaciones en que aparecen las molestias físicas. Se comienza identificando los contextos espacio-temporales en que aparecen las molestias. Surgen datos históricos relevantes, como que a la edad de 10 años se orina en los pantalones frente a la clase porque no lo autorizan a ir al lavabo y a los 13 años se orina esperando a que le abran la puerta antes de entrar en casa; recuerda que sintió mucha vergüenza en estas dos situaciones. Actualmente, se observa que la necesidad de ir al lavabo se hace más urgente en situaciones formales o en lugares cerrados. Es decir, las molestias físicas aparecen predominantemente en situaciones en las cuales Pedro “no tiene el control” para salir libremente de ellas, por ejemplo, en reuniones de trabajo, en el ascensor, en el avión. etc.

Posteriormente, se intentan conectar estas situaciones con los contextos afectivos y relacionales que suceden tanto en el instante concreto en que aparecen las molestias como en el momento más amplio del ciclo vital. Desde esta perspectiva, parecen relevantes los cambios que están ocurriendo recientemente en el contexto familiar, en especial, el inicio de la etapa adolescente de su hijo (con demostraciones de “rebeldía”) y la intención manifestada por la esposa de buscar un trabajo fuera de casa. Además, en el contexto laboral se está viviendo una época de reestructuración y se han anunciado una serie de cambios en la dirección que le afectarían directamente.

Así planteada, la estrategia terapéutica se dirige fundamentalmente a lograr una comprensión de la problemática “física” desde una perspec-

tiva “psicológica” más amplia. De este modo pierde centralidad el problema planteado inicialmente, con lo cual se visualizan nuevas perspectivas y posibilidades de acción que permiten orientar a Pedro en el manejo de las situaciones que atraviesa considerando distintas dimensiones de su experiencia personal, familiar y laboral.

FORMA OBSESIVA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

El desequilibrio afectivo, que se manifiesta junto a una *hipersensibilidad a la incertidumbre*, se desencadena ante situaciones en que se activan los temas ideoaffectivos del polo negativo de una autoimagen dicotómica, habitualmente vinculados a emociones relacionadas con la agresión y la sexualidad. La sensación de ambivalencia aparece cuando estas emociones surgen de manera imprevista en la consciencia del individuo (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas neuróticas, la necesidad de certeza se resuelve con la adhesión a un conjunto rígido de normas y reglas morales que enmascaran las emociones relacionadas con la ira y la sexualidad, excluidas de la consciencia en el polo negativo de la autoimagen. Por tanto, el sentido de ser una persona “buena”, que posibilita mantenerse en el polo positivo de la propia imagen, depende de la adhesión formal a tales reglas, concebidas como certidumbres absolutas. El obsesivo no puede tolerar verse como una persona agresiva o portadora de impulsos eróticos. No puede tolerar verse como “malo”. No existe para él ninguna graduación intermedia entre estas polaridades que son del tipo “todo o nada” (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

El intento de corregir el sentido ambivalente de sí mismo (bueno/correcto-malo/perverso), en las formas neuróticas más rígidas, puede llevar a la persona a adoptar una actitud en la vida similar a la que tomaría frente a un tablero de ajedrez. La persona procura anticipar el mayor número de eventos posibles para asegurarse de una correcta jugada con el menor número de errores. También existe una duda tortuosa ante decisiones vitales como casarse o tener un hijo, frente a las cuales se hace más difícil prever con absoluta certeza las consecuencias posteriores.

La actitud de prevenir errores es también consigo mismo, es la manera con que se regulan las dos polaridades del ser positivo y el ser negativo. Para tener la certeza de ser solamente la parte positiva, el obsesivo tiene que tener la garantía de no cometer ningún error, entonces hay que preverlo todo, con excesiva meticulosidad y atención a los detalles. De otro modo, surgen en la consciencia imágenes intrusivas o rumiaciones de fuerte contenido agresivo y sexual, procedentes del polo negativo de la autoimagen y, consecuentemente, los rituales compulsivos, sobre todo de lavado y temor al contagio (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Los delirios de tipo místico o legal son característicos del desbalance psicótico. No obstante, el desbalance psicótico tiende a tomar la forma catatónica. El catatónico no se mueve porque no sabe qué puede pasar, no tiene certeza de qué debe

(o no debe) hacer o pensar para evitar que se desencadene, por ejemplo, una guerra (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004). En algunos casos también puede tomar formas clínicas bipolares.

Caso clínico

Jaime de 32 años de edad, licenciado en sociología, vive solo y trabaja en una organización social desarrollando proyectos educativos de ideología humanista-cristiana. Su padre de 62 años de edad trabaja en una pequeña empresa y su madre de 56 es ama de casa, ambos son muy religiosos y participan activamente en la iglesia del pueblo donde viven. Tiene un hermano menor que se dedica a la informática.

A los 27 años de edad, Jaime sale por primera vez de casa de sus padres para viajar al extranjero a seguir un curso de postgrado. Allí un Jueves Santo mantiene una relación con una prostituta y comienza a desarrollar un delirio basado en el tema del “contagio”, piensa entonces que le han contagiado el SIDA y teme convertirse en un criminal. Lo atiende un psiquiatra que le diagnostica un “trastorno bipolar” y es hospitalizado durante un par de semanas. Después de este episodio regresa a España a vivir con sus padres. Deja los estudios y se aísla completamente del mundo académico, social y laboral por un período aproximado de dos años.

Viene a la consulta meses antes de cumplir los 30. Mantiene relaciones con prostitutas de manera “compulsiva” y se siente incapaz de controlar la frecuencia de tales visitas, lo que implica un gasto de dinero excesivo y una recurrente preocupación por el contagio del SIDA. En las relaciones sexuales dice no sentir placer sino más bien un tipo de excitación que se mezcla con temor al contagio y con dolor. Hace poco dice haber tenido una relación sexual con un transexual que lo ha dejado muy perturbado, se siente “avergonzado de sí mismo”, “perdido”, “vulgar” y “sin valores”. Dice que tiene una sexualidad “loca” que es incapaz de controlar y se declara lastimosamente “carne de prostíbulos”.

Jaime dice haberse enamorado cuatro veces en su vida, aunque hasta ahora nunca ha tenido ningún tipo de relación de pareja. Señala que desgraciadamente en estas ocasiones se ha “desbordado emocionalmente” y reconoce haber actuado “compulsivamente”. Se observa que a lo largo de su historia ha influido especialmente la crianza de una madre “sufridora” que le inspira compasión, le hace sentir tristeza y le impide ser feliz plenamente. Además, en su hogar le han transmitido lo que él denomina una “formalidad aséptica” y le han inculcado la idea de tener que casarse con un tipo de mujer catalana “de pura cepa”, licenciada y de creencias cristianas.

No resulta difícil observar la dicotomía bueno/malo de su propia identidad

polarizada en un concepto de sí mismo cargado de incertidumbre. Jaime paralelamente mantiene una imagen pública de “sacerdote” y oculta una imagen privada según él de “putero”. Por lo tanto, se describe a sí mismo como cristiano/libertino, autoimagen que obedece paralelamente a sus costumbres y creencias cristianas, y a una sexualidad descontrolada que desahoga en la prostitución.

En este caso, la terapia se orienta esencialmente a comprender el desarrollo de la dicotomía de su propia identidad y el desequilibrio afectivo vivido en el extranjero. Se intentan descubrir matices intermedios dentro de la dicotomía de la identidad personal de Jaime. Esto es, hacer más flexible su visión mística de la vida. Paralelamente, empieza a ampliar su círculo de amistades y aprende a establecer relaciones de amistad con mujeres de su entorno, con lo cual se abren posibilidades de interacción que permitan integrar su sexualidad a la esfera de lo cotidiano. También reconstruye el proyecto de estudios y de trabajo que había quedado interrumpido después del episodio ocurrido en el extranjero.

PROPUESTAS PARA LA PSICOTERAPIA

Al hacer un recorrido histórico de la evolución de las principales escuelas psicológicas del siglo XX, parece interesante mencionar que el modelo post-racionalista surge críticamente en una “nueva era”. Es decir, se desarrolla en un nuevo período de la epistemología y de la psicología, dejando en el pasado las premisas empiristas y racionalistas subyacentes a las concepciones clásicas de la psicoterapia cognitiva (Balbi, 2004). El cambio epistemológico en los conceptos de realidad y observador, que lleva a plantear todo conocimiento desde el punto de vista del sujeto que experimenta, constituye este nuevo período en que se desarrollan los principios de la terapia cognitiva post-racionalista y su fundamento en un enfoque evolucionista de los procesos de la mismidad (Guidano, 1987, 1994).

Hoy en día, desde un punto de vista panorámico se observa una preocupante falta de armonía entre los acelerados avances tecnológicos, científicos y culturales de nuestra época. Situación que pone de manifiesto la importancia de aproximarse desde distintas perspectivas al estudio de los alcances que estos cambios tienen para las múltiples dimensiones de la consciencia post-moderna. Por lo mismo, las últimas tendencias en la continuación del modelo plantean nuevos temas a investigar en el futuro que permitan revisar los principios de la terapia post-racionalista “clásica” a partir de su encuentro con la tradición hermenéutico-fenomenológica y con las neurociencias.

Terapia de Autoanálisis (*Selftherapy*)

La terapia post-racionalista podría ser entendida como una terapia de “autoanálisis” (*selftherapy*). Ya que, partiendo de una visión subjetivista de la

psicopatología y utilizando diversos métodos para la *autorreflexión*, promueve un mayor nivel de *autocomprensión* y *autoconsciencia* en la persona que solicita asistencia psicológica. Independientemente de las técnicas o métodos elegidos - narrativos o simbólicos - se trata de orientar la mirada del paciente hacia la comprensión de su propio estilo de funcionamiento afectivo y de las reglas de coherencia interna que se encuentran en la base de sus manifestaciones clínicas.

Si se considera que los trastornos psicopatológicos se desencadenan por problemas afectivos, entonces cuando se hace referencia a la *subjetividad* no se está dejando de dar importancia al contexto relacional sino que al mismo tiempo también se está haciendo referencia a la *intersubjetividad*. Por lo visto, las perturbaciones emocionales más intensas que experimentan las personas en su historia de vida son las que se activan en el curso de la formación, mantención y ruptura de las relaciones afectivas significativas, siendo el duelo el estado emocional más perturbador (Guidano, 1997).

Siguiendo este punto de vista, si se entiende que el desequilibrio afectivo intenso que produce el desbalance clínico se acompaña de una secuencialización de la experiencia que está siendo poco articulada, entonces la intervención terapéutica se ha de dirigir, independientemente de los métodos que se utilicen, a ampliar la articulación de la trama narrativa para alcanzar así la consiguiente regulación emocional. Una trama narrativa articulada, es decir, rica en escenas, imágenes, contenidos simbólicos y relatos, es una narrativa que puede especificar un grado más amplio de diferenciación emocional y de esta manera la persona puede reconocer mejor cómo está interpretándose a sí misma y al mundo en el nivel de inmediatez de su experiencia discrepante (Guidano, 1997).

Desde esta perspectiva, se podría sostener que la terapia post-racionalista es un procedimiento estratégicamente orientado a aumentar la diferenciación emocional, buscando la comprensión y la posterior reinterpretación abstracta del tema ideoaffectivo que ha sido motivo de desequilibrio. Asimismo, se refuerza el restablecimiento del sentido de continuidad de una autoimagen consciente aceptable y unitaria, fomentando la toma de iniciativas en el futuro (Guidano, 1997).

Al respecto, es importante agregar que los estudios sobre regulación emocional, que destacan la influencia de la neurociencia afectiva sobre la psicoterapia, fundamentan estos planteamientos y afirman que el enfoque más apropiado para la psicoterapia sería una reevaluación que incluya y acepte, como parte de la experiencia personal, los afectos “negativos”. Por lo tanto, desde este campo de estudio también se sostiene que la diferenciación emocional sería la clave para el autocontrol de los afectos (Silva, 2003).

Establecimiento de un Diagnóstico Comprensivo

El diagnóstico, en los términos que hoy se plantea, consiste en una aproximación comprensiva del funcionamiento total, tanto mental como corporal, de la

persona que solicita asistencia psicológica; incluyendo no sólo el aspecto sintomático, sino también su potencial (habilidades adaptativas, red de apoyo, calidad de vida, etc.). Gadamer (1995, Pág.168) señala: “comprender al otro es en realidad un arte muy difícil, y además de eso, una tarea humana”. En estos términos, el diagnóstico se plantea desde el inicio de la terapia como un proceso de comprensión de la persona en su globalidad.

Siguiendo esta perspectiva, resultan interesantes los aportes de Sass (2000-2001) que destacan el potencial creativo de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y son una alternativa al énfasis habitual que considera los síntomas de este diagnóstico solamente como aspectos “negativos” o “déficits”. Por lo tanto, más que una simple formulación, el diagnóstico es un proceso interactivo, donde los conceptos de equidad, valores y ética son importantes, así como el respeto hacia la diversidad cultural (Mezzich, 2004). Es decir, más que “aparear etiquetas”, el esfuerzo se ha de dirigir hacia la comprensión de la unicidad y subjetividad de la totalidad del mundo individual y social de cada persona, dentro del amplio espectro de la multiplicidad del ser humano.

En consecuencia, desde una postura post-racionalista, se intentan comprender las perturbaciones clínicas bajo los procesos individuales de coherencia interna y significado personal, considerando el contexto más amplio, histórico y cultural, en que tienen lugar (Guidano, 1994,1995). En otras palabras, desde el inicio de la terapia, los síntomas clínicos son contextualizados en la historia de las transformaciones de la identidad narrativa que la persona ha sido capaz de articular en el curso del desarrollo del ciclo de vida (Arciero, 2004).

Metodología para el Autoanálisis

El desarrollo del siguiente aspecto de la terapia se enmarca en la pregunta de Ricoeur (1995, Pág.120) “¿de qué manera un lenguaje reestructurado por la puesta en escena puede conllevar a una relectura de nuestra propia experiencia según las líneas de fuerza de lo narrativo?”.

A lo largo del proceso terapéutico, se reconstruyen los contextos relacionales (en que surgió el desequilibrio), las narrativas recíprocas y los significados implícitos asociados, estableciendo progresivamente una mayor diferenciación entre la propia subjetividad (*mundo interno*) y la intersubjetividad (*mundo externo*). Esta separación de los propios estados internos, como las fantasías, sentimientos y estados de ánimo, de los estados internos de los otros, consiste en conocer el propio mundo interior y ser capaz de separarlo de la *intencionalidad* de los otros. De este modo, se identifica lo que es anticipado y construido por el propio paciente, tomando el punto de vista del otro y relativizando las certezas del propio punto de vista.

Se identifican los componentes de la experiencia afectiva desencadenantes del desequilibrio, posteriormente son reconstruidos y contextualizados en una dimen-

sión espacio-temporal de la historia personal (cómo, cuándo, dónde y con quién). Las escenas se reconstruyen en un recorrido desde el pasado al presente, y viceversa, incluyendo las anticipaciones futuras. Buscándose una comprensión cada vez más exhaustiva, el evento discrepante es insertado dentro de la perspectiva histórica de la identidad personal. Esto permite que el desbalance clínico adquiera un nuevo sentido, haciéndose más comprensible para el paciente.

Además de promover una comprensión del desequilibrio afectivo en términos subjetivistas de cómo la persona vivencia la experiencia emocional discrepante, desde un punto de vista “sincronístico”, también se intenta construir una representación de la coincidencia de cómo es que la discrepancia aparece en ese contexto intersubjetivo particular. De este modo, se intentan descubrir los temas ideoafectivos que se han activado en esa situación momentánea, construyendo una representación más amplia de las reglas de coherencia interna que se han puesto en juego en la pérdida de equilibrio afectivo.

Cabe mencionar que la *técnica de la moviola* (Guidano, 1994) o las *técnicas defocalización emocional* (Greenberg & Paivio, 2000), son ejemplos de metodologías de autoobservación. Dependiendo del nivel de entrenamiento del terapeuta, también es posible utilizar las creaciones narrativas de los mismos pacientes, por ejemplo, autocaracterizaciones, cartas o poesías. Incluso, se pueden utilizar formas simbólicas de expresión experiencial, como por ejemplo, al trabajar con sueños.

En resumen, el terapeuta post-racionalista pretende reconstruir, a través de un diálogo compartido, una narrativa-histórica consensual que le permita al paciente incluir y aceptar como parte de su historia personal los temas ideoafectivos discrepantes que se han activado en cierto contexto interpersonal significativo, que no están siendo integrados en su trama narrativa y, por tanto, que tampoco están siendo comprendidos.

Aspectos a Promover en el Contexto Terapéutico

Las tres fases de la terapia propuestas por Guidano (1994),

- 1) *preparación del contexto clínico*,
- 2) *construcción del dispositivo terapéutico* (reconstrucción del patrón de coherencia actual y del estilo de apego), y
- 3) *análisis evolutivo* (reconstrucción de la historia personal), se establecen con una sucesión y duración variables según las necesidades y ritmos de cada proceso terapéutico y de cada paciente particular.

No obstante, desde el inicio de la terapia se intenta que el paciente llegue a una *reformulación interna del problema* (Guidano, 1994), esto es, una ampliación del motivo de consulta a su propio estilo de funcionamiento afectivo. De esta manera, se reformula la sintomatología clínica como una expresión del proceso personal de desequilibrio afectivo.

El terapeuta comienza definiendo el contexto terapéutico como una tarea de

colaboración recíproca (Guidano, 1994). En este contexto, a través del *diálogo* y la *reflexión*, se invita al paciente a buscar una mayor autocomprensión y a asumir la *responsabilidad* en sus procesos de cambio personal. Es decir, se le propone primero aclarar su problemática actual, refiriéndola a su propia subjetividad, para que luego él sea quien *libremente* plantee los intentos de solución.

Además, es importante considerar que un ambiente de *confianza* y *aceptación* es fundamental para facilitar que el paciente exprese aspectos de sí mismo que pueden no coincidir con los estándares de normalidad externos. En este sentido, en el contexto terapéutico se intenta facilitar la expresión de la propia subjetividad del paciente, respetando su particularidad, sin importar el grado de adecuación a la normalidad consensual intersubjetiva.

Es posible sugerir que los aspectos más destacados a promover en el paciente son las capacidades de *abstracción*, *flexibilidad* e *integración* (Guidano, 1994, 1995). La *abstracción* es la capacidad de tomar distancia de las emociones predominantes que surgen en la contingencia del fluir emocional y posibilita la autorreflexión. La *flexibilidad* se logra con esta distancia emocional, cuando surge la posibilidad de tener en cuenta una perspectiva más amplia, al relativizar el punto de vista concretizado en la propia emocionalidad y tomar en cuenta otras perspectivas. Por último, la *integración* se logra al hacer coherente la experiencia emocional discrepante con la historia narrada, restableciendo la unitariedad y continuidad de su propia identidad.

Por lo tanto, compartiendo la visión de Gadamer (2001), se podría señalar que una vez restablecido el equilibrio perdido, se apoya la reincorporación del paciente a la vida familiar, social y profesional, orientándolo hacia el camino de retorno a su vida diaria y admitiendo nuevas posibilidades de futuro. La misión esencial del tratamiento sería lograr no sólo que el paciente se recupere, sino también devolverle la unidad consigo mismo al reintegrarlo a su “capacidad de hacer” y a “su ser”.

CONCLUSIÓN

El cambio de mirada hacia la comprensión de aspectos de la propia afectividad y la continua diferenciación interno-externo, son aspectos centrales para una psicoterapia que pretende recuperar el bienestar psicológico del paciente. En lugar de intentar superar la negatividad percibida controlando o corrigiendo aspectos del propio cuerpo o del entorno, se reorienta la mirada del paciente hacia aspectos que tienen que ver con su mundo interior. En este sentido, se promueve una mayor consciencia de la propia subjetividad y así se obtiene mayor claridad respecto a los temas relevantes a tratar en la psicoterapia, reconduciendo el potencial del paciente hacia su mejoría y superación.

La tarea de secuencializar la experiencia del desequilibrio afectivo en la dimensión espacio-temporal de la historia personal permite tomar un distanciamiento a través de la co-construcción de narrativas consensuales que facilitan su

comprensión desde una visión más amplia. Distanciamiento que se logra al haber alcanzado un grado de autoconsciencia suficiente que permita salir de las profundidades del pozo emocional en que se ha caído y esclarecer las oscuridades de la experiencia discrepante. Por tanto, durante el proceso terapéutico la persona se “libera” del ocurrir contingente de su propia emocionalidad y se posiciona en un “justo” camino por recorrer hacia un horizonte con posibilidades. De este modo, y ya para concluir, la terapia post-racionalista se podría concebir como un camino hacia la libertad personal.

Nota de la autora:

En los ejemplos de casos clínicos se han utilizado seudónimos, se han cambiado antecedentes personales y se han omitido datos geográficos, como medida de respeto al acuerdo de confidencialidad terapéutica.

Agradezco a Marta Carrera i Crespo su colaboración en la redacción del texto

La evolución teórica de las ciencias sociales y de salud mental no siempre se acompaña de un avance paralelo en la aplicación práctica de las mismas. Los discursos de los profesionales de la salud mental habitualmente manifiestan la intención de avance pero en la práctica clínica no son pocos los que aún se encuentran atrapados aplicando esquemas y procedimientos que los nuevos tiempos declaran obsoletos. Precisamente, en este artículo se actualizan los principios de la terapia cognitiva post-racionalista según sus últimas tendencias teóricas. Es un simple intento de promover la continuidad de las implicaciones clínicas de este modelo siguiendo su desarrollo conceptual en el marco de la fenomenología y la hermenéutica.

Palabras clave: evolución de las ciencias, salud mental, post-racionalismo, psicoterapia, fenomenología, hermenéutica.

Referencias Bibliográficas

- ARCIERO, G. (2004): *Estudios y Diálogos sobre la Identidad Personal: Reflexiones sobre la experiencia humana*. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas, Islas Canarias.
- BALBI, J. (2004): *La Mente Narrativa: Hacia una Concepción Posracionalista de la Identidad Personal*. Buenos Aires: Paidós.
- GADAMER, H. G. (1995): *El Giro Hermenéutico*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- GADAMER, H. G. (2001): *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- GUIDANO, V. F. (1987): *Complexity of the Self*. New York : Guilford Press.
- GUIDANO, V. F. (1994): *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- GUIDANO, V. F. (1995): *Terapia Post-Racionalista de los Trastornos Psicóticos*. En Aronsohn, S.: Vittorio Guidano en Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V. F. (1997): *Relación entre Vínculo y Significado Personal*. En Aronsohn, S.: Vittorio Guidano en Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V. F. (1999): Psicoterapia: Aspectos Metodológicos, Cuestiones Clínicas y Problemas Abiertos desde una Perspectiva Post-racionalista. *Revista de Psicoterapia*, 37, 95-105.
- GREENBERG, L. & PAIVIO, S. (2000): *Trabajar con las Emociones en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- IRARRÁZAVAL, L. (2002): *Memoria Clínica para Obtener la Titulación de Master en Terapia Cognitivo Social*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Barcelona.
- IRARRÁZAVAL, L. (2004): Estado Psicótico Maniacal. Una Aproximación Post-racionalista. Tratamiento y Análisis de un Caso. *Revista de Psicoterapia*, 56, 63-82.
- MEZZICH, J. (2004): *The Complexity of Health and the Validity of Diagnosis*. 7th International Conference on Philosophy, Psychiatry and Psychology: Time, Memory and History. Heidelberg University. Exposición sin editar.
- MORA, F. (2004): *¿Enferman las Mariposas del Alma? Cerebro, Locura y Diversidad Humana*. Madrid: Alianza Editorial.
- PESSOA, F. (2002): *Libro del Desasosiego*. Barcelona: Editorial Acantilado.
- RICOEUR, P. (1995): *Crítica y Convicción*. Madrid: Editorial Síntesis.
- RICOEUR, P. (1996): *El sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.
- RICOEUR, P. (2003): *La Memoria, la Historia, el Olvido*. Madrid: Editorial Trotta.
- SASS, L. (2000-2001): Creativity and the Schizophrenia Spectrum. *Creativity Research Journal*. Vol. 13, 1, 1-16.
- SASS, L. (2002): *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Art, Literature and Thought*. Cambridge: Harvard University Press.
- SILVA, J. (2003): Biología de la Regulación Emocional: Su Impacto en la Psicología del Afecto y la Psicoterapia. *Revista Terapia Psicológica*. 21, 2, 163-172.