

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

LA PSICOTERAPIA ENTRE ARTE Y CIENCIA

Epoca II, Volumen XXIV - 2º/3er./4º trimestre 2013

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 94/96 Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen XXIV, Número 94/95/96, 2ª/3er./4º Trimestre, 2013 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

revistadepsicoterapia.com

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:
Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquiús (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España.

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquiús

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Alejandro Ávila Espada

Universidad Complutense de Madrid, España

Cristina Botella Arbona

Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia, España

Guillem Feixas i Viaplana

Universidad de Barcelona, España

Juan Luis Linares

Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti

ARPAS, Roma, Italia

Francesco Mancini

Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

María Teresa Miró Barrachina

Universidad de La Laguna, España

José Navarro Góngora

Universidad de Salamanca, España

Luigi Onnis

Università La Sapienza, Roma, Italia

Álvaro Quiñones

Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Sandra Sassaroli

Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milano, Italia

Antonio Semerari

III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio

Universidad de Bergamo, Italia

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

Precio de este ejemplar 25 euros (incluido I.V.A.)

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.
Apartado de Correos, 90.097
08080 Barcelona, España

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Print ISSN 1130 – 5142

Online ISSN 2339 – 7950

Depósito Legal: B. 26.892/1981

SUMARIO

EDITORIAL	3
PRÓLOGO PARA LA REVISTA DE PSICOTERAPIA A LA TRADUCCIÓN DEL LIBRO “LA PSICOTERAPIA TRA ARTE E SCIENZA”	5
Giovanni Cutolo y Álvaro Quiñones	
LA PSICOTERAPIA ENTRE ARTE Y CIENCIA	11
V.F. GUIDANO	
INDICE	11
PREFACIO	14
Giovanni Cutolo	
PRIMERA PARTE	19
1 EL ARTE DE LA PSICOTERAPIA	19
2 LA RELACION TERAPEUTICA	25
3 ASSESSMENT (ANÁLISIS O EXPLORACIÓN COGNITIVA).....	38
4 LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA	70
5 CAMBIO Y “NO CAMBIO”: ANALISIS DE DOS CASOS CLINICOS	81
SEGUNDA PARTE	103
6 LAS FASES DE LA TERAPIA	103
TERCERA PARTE	134
7 EL REPERTORIO “AGRESIVIDAD”	135
8 EL REPERTORIO “AFECTIVIDAD”	153
9 LA RECONSTRUCCION DE LA HISTORIA DEL DESARROLLO	187
RECENSIÓN DE LIBROS	237
Prometeo en el diván	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Hurtado, 29
08022 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

Subscripciones en <http://revistadepsicoterapia.com> o bien rellenado el siguiente

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Precio de la suscripción anual para 2013
Países comunitarios 55 EUR
Países extracomunitarios .. 90 \$USA

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará I.R.I.F., S.L., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.



EDITORIAL

Este monográfico que tiene el lector entre sus manos es un número extraordinario. Extraordinario por varios motivos: su formato, su contenido y su significación en el largo recorrido de la “Revista de Psicoterapia”, desde sus inicios en 1990.

La primera constatación que podrá hacer nuestro lector es que se trata no de un número doble, como correspondería al periodo estival, sino triple, del 94 al 96 (incluido el número 95). Esta circunstancia viene justificada, entre otras razones, por el elevado número de páginas (240), que excede en más de un tercio a un doble habitual. Esta extensión fuera de lo usual es el resultado de la exigencia de hacer caber en un solo volumen un texto de Vittorio Guidano, que consideramos de gran interés, y que no había sido publicado, hasta ahora en castellano.

Para quienes pudieran desconocer la figura del autor, baste recordar que su obra (recogida en dos importantes publicaciones *The Self in process* y *Complexity of the Self*) representó en su momento la superación de los modelos cognitivo-conductuales, dando lugar a una denominación de su modelo como “psicoterapia cognitiva procesual sistémica”, denominación sustituida más adelante por la más simple de “post-racionalista”, en clara alusión a la superación de los planeamientos racionalistas, dominantes en la época en que se impartieron estas lecciones, a finales de los años ochenta.

Se trata, en efecto, de la transcripción de una serie de sesiones de “training”, impartidas por Vittorio Guidano, grabadas en su momento y preparadas para su publicación por Giovanni Cutulo, texto que posteriormente ha sido editado en Milán (2008) por Franco Angeli, bajo el título “*La psicoterapia tra arte e scienza*”, y que ahora ve la luz en versión española por iniciativa conjunta del mismo Giovanni Cutulo, Alvaro Quiñones y la Revista de Psicoterapia.

Sobre las características del texto se habla detalladamente en la introducción a esta obra, por lo que no nos repetiremos aquí. Su estructura en capítulos, debidos a un mismo y único autor, nos remite a un formato más de libro que de revista. Su carácter “oral”, gestado a través del diálogo, sin embargo, le confiere una particularidad que permite leerlo en un orden secuencial o por temas, como si se tratara de diversos artículos, ya que como tales hemos considerado los diversos capítulos.

Con esta publicación extraordinaria cerramos un ciclo de la Revista y abrimos otro. Ya desde hace algún tiempo hemos venido preparando la edición electrónica de nuestra Revista y configurando una biblioteca con los 96 números publicados hasta ahora, accesible a través de nuestra web.

En la proximidad, además del “centenario” de la Revista (en realidad sus bodas de plata, cien números en 25 años desde su aparición en 1990), la Revista se prepara para afrontar algunos cambios que le permitan hacerse un lugar entre las revistas de impacto científico, sin perder su orientación básicamente profesional. Este objetivo requiere algunos cambios formales que se van a ir introduciendo gradualmente hasta alcanzar una mayor homologación con el conjunto de publicaciones que se atienen a las normas estandarizadas en este campo.

A fin de facilitar estos cambios y dar con ello pie a un relevo generacional, la dirección de la revista va a pasar a manos de un equipo más joven, capitaneado por Luis Ángel Saúl, que en adelante será su director.

Como director actual, y desde sus inicios, de la “Revista de Psicoterapia” me complace despedirme del numeroso y fiel grupo de suscriptores que hasta ahora han ido siguiendo nuestra publicación, ofreciendo este número como obsequio extraordinario y cierre, que señalará el fin y el inicio en continuidad de una nueva etapa, que seguirá al servicio de la difusión del interés por la profesión y la praxis psicoterapéuticas y representará la introducción de nuevas líneas de investigación en nuestra disciplina.

Gracias a todos por vuestra atención.

Con mis mejores deseos

Manuel Villegas Besora
Director (1990-2014)

PRÓLOGO PARA LA REVISTA DE PSICOTERAPIA A LA TRADUCCIÓN DEL LIBRO “LA PSICOTERAPIA TRA ARTE E SCIENZA”

Giovanni Cutolo y Álvaro Quiñones

El libro oral “*La psicoterapia tra arte e scienza*” (a cargo de G. Cutolo), editado por la editorial italiana Franco Angeli en el año 2008, era un texto deseado por los terapeutas de habla castellana, y en fin, las vicisitudes de las “carreteras del conocimiento” facilitaron que se hiciera posible. Es así como el libro se publica como un número monográfico de la Revista de Psicoterapia que el lector ahora tiene en sus manos, después de varios intentos fallidos de traducirlo al castellano, finalmente “llegó a buen puerto en Barcelona”.

El presente prólogo realizado para la Revista de Psicoterapia, que exponemos a continuación, lo hemos escrito a dos manos y sistematizado en cuatro partes:

I. Historia de un proyecto:

El presente monográfico de la Revista de Psicoterapia es la traducción y adaptación del libro “*La psicoterapia tra arte e scienza*”. Transcripciones de lecciones que muestran a Vittorio Guidano (1944-1999) enseñando en el contexto de un curso de entrenamiento en psicoterapia postracionalista para terapeutas italianos. El escenario en que se impartieron las lecciones por un periodo de cuatro años de duración fue en el Centro di Psicoterapia Cognitiva di Via Degli Scipioni, Roma.

Las lecciones han sido transcritas con minuciosidad y exactitud por Giovanni Cutolo, psiquiatra y psicoterapeuta postracionalista, quien estuvo en la calidad de alumno en el entrenamiento; y ahora, dos décadas después, en calidad de transcriptor y gestor del proyecto de publicar el material oral en formato de libro en la casa editorial Franco Angeli.

A modo de contexto e historia sobre la idea de publicar el libro en castellano, fue un proyecto que tuvo una larga preparación y sufrió varias vicisitudes. Desde el 2008 se venían realizando intentos pero tuvimos varias negativas de editoriales de habla castellana. En fin, finalmente en diciembre de 2013 en un pasillo de la Universidad Autónoma de Barcelona con motivo de la lectura de una tesis doctoral, Manuel Villegas en una conversación sobre proyectos editoriales, y al enterarse de

la última negativa de una editorial de habla castellana, propuso explorar la alternativa a Álvaro Quiñones que consistía en publicar el texto en la Revista de Psicoterapia en calidad de monográfico. Una semana después, en una charla en Roma con Giovanni Cutolo, se comenzó a valorar la viabilidad de dicho proyecto que ahora el lector, siete meses después, tiene en sus manos. Brevemente, así fue cómo se forjó que se hiciera realidad un deseo de hace años por los que escribimos el presente prólogo y también por parte de los conocedores en toda su trayectoria y complejidad de la obra de Vittorio Guidano (Guidano, 1979, 1983, 1988, 1992). Dicho lo anterior, y en calidad de sentirnos representantes de todos los colegas que deseaban acceder en idioma castellano al libro “La psicoterapia tra arte e scienza”, damos el agradecimiento público al editor y equipo asociado de la Revista de Psicoterapia, representado por Manuel Villegas Besora. Igualmente queremos aprovechar la ocasión para extender el agradecimiento a Evelina Guidano, hermana de Vittorio Guidano, quien ha permitido con generosidad y entusiasmo hacer realidad la publicación en castellano. Sin su autorización, no sólo a este proyecto sino a tres proyectos anteriores (Guidano, 2001 [2007], 2008, 2010) de la tradición oral de la obra de Vittorio Guidano, no hubiera sido posible darlos a conocer.

II. *Rescatado la tradición oral del modelo de Vittorio Guidano:*

Junto a Gianni Cutolo, hemos acordado hablar de la tradición oral en la obra de Vittorio Guidano, que es la parte parcialmente desconocida, que sin él presente, sigue dando valiosas panorámicas y especificidades sobre su modelo y aplicaciones clínicas. En fin, la tradición oral en la transmisión del conocimiento hay que entenderla a la luz de sus limitaciones y posibilidades, pero es una dimensión que otorga un contexto inequívoco de inmediatez y trasmite una “suerte de flujo de frescura y vitalidad que impacta”. Por tanto, hemos dejado constancia de sus ideas que él no alcanzó a plasmar y expresar en un formato escrito (Guidano, 2001 [2007], 2008, 2010). No obstante, para todos los que trabajamos con Vittorio Guidano en Europa, y que conocimos los progresos, ideas a explorar, dudas y sus propias revisiones de su modelo, nos hemos empeñado en dejar para la comunidad científica constancia por escrito de aspectos que fueron transmitidos oralmente por el propio Vittorio Guidano en distintos contextos de formación.

Ante todo, el texto que el lector tiene en sus manos, muestra paso a paso cómo se hace psicoterapia cognitiva procesal sistémica (postracionalista) que presenta el distintivo de destacar los procesos de autoorganización del conocimiento en un marco evolutivo y no racionalista. Ello posibilita ir más allá en el proceso de conceptualizar el hacer psicoterapia, y entender tanto las estructuras que dan estabilidad y posibilidades de cambio al “sistema psicológico individual”. Del mismo modo, las lecciones que se desarrollan a lo largo de este “Manual Hablado” permiten observar la fina articulación que hace Vittorio Guidano de su planteamiento conceptual vinculado al proceso psicoterapéutico con su sello epistemológico de

carácter constructivista y evolutivo; todo ello en su conjunto permite observar la complejidad del sentido de sintonía de la posición estratégica del terapeuta que él propone, es decir, con conciencia hipotética del “significado posible del otro” que continuamente muestra de manera magistral el curso del proceso centrado en la dimensión emocional y de ahí moverse estratégicamente en la zona de la estabilidad y cambio posible que puede surgir en el contexto intersubjetivo especial, que llamamos psicoterapia. Todo ello, esclarece y facilita al lector una comprensión guiada de la dialéctica de la complejidad de observar la tendencia a procesar la información (continuidad de las estructuras de conocimiento) y el cambio posible (discontinuidad) en un sentido de sí mismo en proceso. En suma, la articulación de las lecciones tienen esa frescura del conocimiento oral en este “Manual hablado”, que va a lo medular y que los psicoterapeutas sabrán valorar pues se puede apreciar en sus páginas las diversas formas que puede presentar la fenomenología del sufrimiento psicológico y sus posibles cambios. Más específicamente, se aprecia cómo se hace psicoterapia desde una mirada del propio “Guidano en vivo”, es decir, permite una suerte de diálogo con el protagonista al observarlo describir y explicar su forma de seleccionar, sistematizar, inferir y generar un diseño de cambios posibles en la lógica de un significado personal que se autoorganiza intersubjetivamente. En consecuencia, son lecciones muy especiales, un “Texto Vivo”, en que el lector puede imaginar el contexto en que Guidano enseña y guía; y ahora, quince años después de su muerte, es interpretado por los lectores de habla hispana en un idioma que era su segunda lengua.

Un último aspecto que deseamos transmitir, es una interpretación posible y abierta para el lector. Son lecciones que muestran una “danza de conocimiento tácito y explícito” en formato escrito y narrativo. Cada lector puede construir una interpretación y co-construir en relación a su experiencia clínica un conocimiento útil para ayudar a personas que padecen sufrimiento psicológico. Dicho de otra manera, es un “libro procesual” que expone de manera articulada la relación entre conocimiento explícito/tácito que debe tener en mente el observador, y claramente se puede leer entre líneas: “Podemos conocer más de lo que podemos decir y no podemos decir nada sin apoyarnos en nuestra conciencia de cosas que no podemos decir” (Polanyi, 1958). Y todos los que tuvimos la oportunidad de apreciar su trabajo “en vivo” y sin salirse de la trincheras del sufrimiento psicológico del otro, el conocimiento tácito sobrepasa siempre el conocimiento explícito, y ello, se aprecia en este formidable texto que tributa a la tradición oral del modelo de Vittorio Guidano.

III. La Tradición Guidanista en el siglo XXI:

Puesto en perspectiva el origen y desarrollo del modelo planteado por Vittorio Guidano¹ (1979, 1983, 1988, 1992), éste ha seguido un desarrollo de revisión, refutación y novedad, lo cual ha permitido que emerjan nuevas conceptualizaciones

nacidas a partir de la investigación en procesos de psicoterapia, de investigaciones en el ámbito de las neurociencias en concordancia con planteamientos teóricos, experiencia clínica adquirida y de nuevos planteamientos en función de diversos problemas desconocidos que se presentan para los psicoterapeutas de la segunda década del siglo XXI. Todo ello ha sido producto del trabajo conjunto de psicoterapeutas e investigadores en psicoterapia y ciencias asociadas, que en un esfuerzo conjunto siguen aportando a la tradición postracionalista. Por tanto, y en coherencia con lo anterior, no existe un nuevo modelo postracionalista sino un “*colectivo diverso de terapeutas/investigadores de la escuela Guidanista [postracionalista]*” que construye una tradición progresiva y en expansión, que se muestra en sintonía con las necesidades psicológicas de la población en función de los cambios culturales del siglo XXI. En efecto, existe un proceso de continuidad y discontinuidad que impregna el modelo en desarrollo a la luz de lo acaecido en el siglo XXI con los aportes del colectivo Guidanista (Quiñones, Pascalle & Cimbolli, 2014) y de la tradición cognitiva en su conjunto (Caro, 2011), de la que no se debe descontextualizar, que el modelo planteado por Vittorio Guidano es parte de dicha tradición. Más aún, Vittorio Guidano “no es historia”, sino que presenta posibles lecturas de conocimiento entendidas y ordenadas en “zonas temporales de su trabajo que muestran diversidad y coherencia desde la década de los 70” que deben ser re-pensadas e investigadas en función del conocimiento que ha emergido en el siglo XXI, de manera de contribuir y sumar en el objetivo común de generar una teoría útil y efectiva para ayudar a entender y cambiar el sufrimiento psicológico.

IV. La importancia que tiene la transcripción de estas lecciones:

Un último punto que deseamos destacar es la importancia de estas lecciones para facilitar a los estudiantes de psicoterapia aprender cómo la práctica terapéutica está estrechamente relacionada con un modelo teórico; cómo la complejidad de este modelo se puede traducir en una modalidad fácilmente comprensible y utilizable por el paciente, y también del estudiante que interactúa con su supervisor de entrenamiento en psicoterapia. Cuando el libro salió en Italia en el 2008, pocos creían en su utilidad, desde entonces han salido siete reimpressiones y el libro no deja de interesar a los jóvenes estudiantes de las escuelas de psicoterapia, no sólo postracionalistas y cognitivistas.

Yo, Giovanni Cutolo, querría responder a las críticas y preocupaciones que la transcripción de un libro oral ha despertado en algunos colegas que creían inútil o incluso “incorrecto” que fuese publicado, en cuanto a no ser representativo de un pensamiento científico suficientemente argumentado y corroborado. En realidad, se puede hacer una comparación utilizando uno de los aspectos centrales del pensamiento de Vittorio Guidano: si la psicoterapia necesita de un corpus teórico explicativo consistente y falsable (como en los dos libros fundantes del pensamiento de Guidano, *The Self in process* y *Complexity of the Self*), esto representa el

aspecto de la “inmediatez” con la que se vive cualquier acontecimiento humano, también una formación en psicoterapia: en este caso un nivel de inmediatez que asume la forma narrativa de una “crónica periodística en vivo”, que es capaz de representar en el lector los conceptos expresados a través de imágenes, al igual que a través de los conceptos.

Por último me gustaría recordar, en esta transcripción “oral” del pensamiento de Guidano, la importancia que en los últimos años de su vida le había dedicado al estudio del pasaje oralidad-escrituralidad como momento fundacional del desarrollo ontogénico y filogenético del “primate hablante” humano, pasaje que da algunas claves fundamentales para comprender el mentalismo (intencionalidad y falsa creencia) y, a partir de esto, los posibles trastornos, entre ellos la psicosis, que se presentan en la discrepancia y no integración entre estos dos niveles de la experiencia humana.

Roma, 2014

Notas

¹ Únicamente se incluyeron sus libros.

Referencias Bibliográficas:

- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Guidano V.F. (2010) *Le dimensioni del sé. Una lezione sugli ultimi sviluppi del modello post-razionalista* (a cura di A. Mannino.). Alpes: Roma
- Guidano V.F. (2007). *Psicoterapia Cognitiva Postrazionalista* (note e commenti al testo di A. Quiñones.). Milano: Franco Angeli. [Es la traducción al italiano del libro publicado por Desclee de Brouwer. Es una edición ampliada y actualizada con respecto a la española.]
- Guidano V.F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza* (a cura di G. Cutolo.). Milano: Franco Angeli.
- Guidano, V.F (2001). *El Modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica* (Compilación y notas por A. Quiñones). Bilbao: Desclee de Brouwer, 1ª edición (Colección biblioteca de psicología).
- Guidano V.F. (1992). *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano V.F. (1988). *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1979). *Elementi di Psicoterapia Comportamentale*. Roma: Bulzoni.
- Polanyi, M.(1958). *Personal Knowledge*. New York: Harper.
- Quiñones, A., Pascale, A., & Cimbolli, P. (Eds.) (2014). *Psicoterapia dei Processi de Significato personale dei disturbi psicopatologici: Manuale Teórico e Practico*. Roma: Casa Alpes.

Resumen

El presente texto es la traducción al castellano de un curso de “training”, impartido por Vittorio Guidano, y publicado por Giovanni Cutulo (2008) en la editorial Franco Angeli, bajo el título “La psicoterapia tra arte e scienza”. En él se desarrolla de manera didáctica la exposición del modelo de terapia postracionalista, propuesto por el autor.

Palabras clave: terapia postracionalista, organización del significado personal, terapias cognitivas, emociones, psicología evolutiva, apego.

Abstract

The present text is the translation into Spanish of a course of “therapeutic training”, taught by Vittorio Guidano, and published by Giovanni Cutulo (2008), under the title “La psicoterapia tra arte e scienza”. It develops in a didactic way the exhibition of postractionalistic therapy model, proposed by the author.

Key words: postractionalistic therapy, organization of personal meaning, emotions, cognitive therapy, developmental psychology, attachment.

LA PSICOTERAPIA ENTRE ARTE Y CIENCIA

V.F. GUIDANO

Vittorio Guidano enseña “cómo se hace” la psicoterapia cognitiva post-racionalista

Edición preparada por Giovanni Cutolo

Traducción de Giulia Marconi

Revisión de Manuel Villegas y Álvaro Quiñones

INDICE

PREFACIO

PRIMERA PARTE

Presentación primera parte

1 EL ARTE DE LA PSICOTERAPIA

- 1.1 Prefacio
- 1.2 Enfoque racionalista y enfoque no racionalista

2 LA RELACIÓN TERAPEUTICA

- 2.1 La paradoja de la psicoterapia
- 2.2 Solo mediante una relación emocional se puede perturbar el sistema
- 2.3 La relación terapéutica: una peculiar relación adulto-adulto
- 2.4 La relación como herramienta de exploración: las emociones “negativas”
- 2.5 Directividad y no directividad
- 2.6 Las trabas y los juegos. Qué es la resistencia
- 2.7 Utilizar la relación terapéutica como una perturbación estratégicamente orientada
- 2.8 La relación como herramienta para reconstruir los contextos de vida

3 ASSESSMENT (Exploración cognitiva)

- 3.1 La reformulación del problema
- 3.2 El método de la auto-observación y la técnica de la “moviola”
- 3.3 Tareas
- 3.4 Assessment y renuncia a los criterios de objetividad “externa”
- 3.5 Assessment “racionalista” y “no racionalista”
- 3.6 De las acciones a los relatos y al significado personal
- 3.7 Interdependencia entre las acciones y los relatos: además del conductismo y del psicoanálisis
- 3.8 Progresión y *Timing*
- 3.9 La consciencia: el contraste con la inmediatez y el problema de la ambigüedad

4 LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA

- 4.1 Principios generales de la estrategia terapéutica
- 4.2 Persuasión y comprensión
- 4.3 El hilo que hay que seguir: preguntas adecuadas y preguntas equivocadas
- 4.4 Las técnicas: ¿resolución de problemas o contextos de problemas?
- 4.5 Los relatos del paciente: ¿hechos o explicaciones?
- 4.6 ¿Supervisión?
- 4.7 Las terapias breves y las terapias “anómalas”

5 CAMBIO Y “NO CAMBIO”: ANALISIS DE DOS CASOS CLINICOS

- 5.1 Primer caso (Terapia exitosa)
- 5.2 El comportamiento de los demás como definición sobre sí mismo, y/o como información sobre los demás
- 5.3 Discusión
- 5.4 Segundo caso. ¿Fracaso terapéutico o interrupción?
- 5.5 Discusión

SEGUNDA PARTE

Presentación segunda parte

6 LAS FASES DE LA TERAPIA

- 6.1 Primera fase: reformulación y objetivo terapéutico
- 6.2 Segunda fase: el trabajo terapéutico
- 6.3 Tercera fase: reestructuración de primer, segundo y tercer nivel
- 6.4 Cuarta fase: finalización

TERCERA PARTE

Presentación tercera parte

REPERTORIOS

7 EL REPERTORIO “AGRESIVIDAD”

- 7.1 Modalidades de conducción de la entrevista
- 7.2 Estilos: “estilo” agresivo, “estilo afectivo”, “estilo evitativo”
- 7.3 Distinguir la agresividad de la rabia
- 7.4 Entrevista sobre la agresividad

8 EL REPERTORIO “AFECTIVIDAD”

- 8.1 Prefacio: el apego como sistema central de la construcción del sentido de si mismo.
- 8.2 Modalidad de conducción de la entrevista
- 8.3 Apego, afectividad, sexualidad
- 8.4 La formación
- 8.5 El mantenimiento
- 8.6 La ruptura
- 8.7 Psicosis y afectividad: el apego como proceso cognitivo y metacognitivo
- 8.8 Una digresión en el futuro: incompatibilidad entre el punto de vista subjetivo y el punto de vista objetivo
- 8.9 Formación, mantenimiento y ruptura de la relación terapéutica

9 LA RECONSTRUCCION DE LA HISTORIA EVOLUTIVA

- 9.1 Prefacio
- 9.2 Infancia
- 9.3 Niñez
- 9.4 Pubertad
- 9.5 Adolescencia y primera juventud

PREFACIO

Giovanni Cutolo

Las pasiones científicas no son productos secundarios puramente psicológicos, sino que tienen una función lógica que contribuye con un elemento esencial a la constitución de la ciencia...

Las teorías del método científico que pretenden explicar la determinación de la verdad científica mediante un procedimiento formal puramente objetivo, están destinadas al fracaso.

Cualquier proceso de investigación que no esté guiado por las pasiones intelectuales se disuelve inevitablemente en un desierto de trivialidad.

(M.Polanyi, *El conocimiento personal*, 1985)

Uno de los objetivos más ambiciosos de la psicoterapia, que todavía es, en sus formas mejores, un trabajo artesanal, es el de convertirse en ciencia, o sea hacer referencia a una teoría que satisfaga las reglas de reproducibilidad, generalización de los resultados en otros contextos y guía utilizable por personas formadas o en formación. Esto ha representado el objetivo de Vittorio Guidano durante toda su vida, dedicada a la investigación y a la psicoterapia. Su intento, definido por él como todavía inicial y parcial, tiene esta característica: plantear el problema de una metodología que parta “del punto de vista de la persona” o sea de cómo ésta, mediante la relación entre modalidades inmediatas de su devenir y reordenamiento de su experiencia, se construye un sentido de sí mismo, un “un significado personal”. Es lo que hoy por hoy se llama el punto de vista subjetivo o en “primera persona”. Guidano sitúa esta búsqueda a partir de “el interior de la persona”, es lo que hoy por hoy se llama un apoyo objetivo o en “tercera persona”, llevando a cabo, a partir de la teoría del apego, un análisis de los procesos de desarrollo y de mantenimiento epistemológico unitario.

Este texto es la transcripción de algunas clases impartidas por Vittorio Guidano durante el desarrollo de un curso de formación en psicoterapia cognitiva “post-racionalista” a finales de los años 80. En esta formación se trataron los principios y el proceso de la psicoterapia tal como lo estaba “construyendo” durante estos años cruciales para el nacimiento de este modelo epistemológico, representado por sus escritos teóricos “La complejidad del self” (1988) y “El sí mismo en proceso” (1992).

El esfuerzo teórico y la riqueza cognoscitiva presente en estos dos libros, no reflejan, sin embargo, las posibilidades aplicadas de este modelo, y de una modalidad nueva de hacer psicoterapia, cosa que pudieron experimentar los centenares de alumnos que asistieron a las clases de formación impartidas por él. Por lo tanto es un deber en su memoria y para la comunidad científica de los psicoterapeutas, compartir este material que proporciona una idea más precisa de cómo se hace una psicoterapia no racionalista. La interfaz entre un lenguaje hablado y un lenguaje escrito, que se reconstruye confrontando los escritos “hablados” del texto aquí presentado con las construcciones teóricas de los libros de Vittorio

Guidano, presenta la dialéctica entre el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, entre la experiencia inmediata de su “hacer y contar la psicoterapia en directo” que emerge en estas páginas y la experiencia reflexiva tratada por sus libros publicados. Estas páginas, transcripción casi literal de las clases impartidas por él, representan su parte más efímera, el eco de aquella voz cuyo rastro se pierde después de haber sido pronunciada: la posibilidad de guardar su voz, nos da la idea de una imagen más completa y compleja de una persona que conseguía traducir un pensamiento teórico en una práctica comprensible y al mismo tiempo era capaz de encontrar y derivar, a partir de “lo que ocurre en la interacción terapéutica”, los principios de una ciencia de los sistemas complejos. La transcripción casi integral de estas clases se ha hecho posible gracias a la extraordinaria capacidad del “Guidano narrador” de conectarse, dentro del contexto irreplicable que nace paso a paso en las interacciones con los alumnos, a un hilo teórico expositivo que presenta una coherencia, orden y direccionalidad análoga a la de los escritos teóricos. Por lo tanto, este texto es sobre todo un manual práctico de psicoterapia, que analiza el proceso terapéutico en todos sus aspectos: la relación terapéutica, el *assessment* y las fases de la terapia con numerosos ejemplos clínicos. Este texto está dirigido en primer lugar a los psicoterapeutas cognitivistas que conocen a Guidano solo a través de sus escritos teóricos, pero puede resultar de gran interés también para los psicoterapeutas de las corrientes psicodinámicas, sistémico-relacionales, fenomenológicas y de todas aquellas corrientes que durante los últimos años se han acercado a las teorías de los sistemas complejos, al estudio de la subjetividad, a la teoría del apego, a los fenómenos intersubjetivos que ocurren en la construcción narrativa del “sí mismo” a partir de la relación con el “otro”. Este texto es algo más que un manual y presenta diferentes niveles de lectura.

El primer nivel es el **intento de exposición de los principios de la psicoterapia allí donde estos se construyen en el “taller del artesano”** como podría ser en una escuela de formación en psicoterapia, usando el mismo lenguaje que él utilizaba en la relación terapéutica. Vittorio Guidano, fallecido el 31 de agosto del 1999 mientras impartía unas clases en Buenos Aires, en aquella América Latina en la que había vivido durante su juventud y que le había duramente formado, era un gran artesano de la relación terapéutica y un gran maestro en la exposición y los relatos acerca de “cómo se hace”. Pero el “cómo se hace” no se puede separar del “cómo se siente” y éste del “cómo se piensa”. Guidano era muy escéptico en relación a las técnicas terapéuticas no vinculadas a una epistemología evolutiva: acompañando al sujeto en una reconstrucción narrativa de la propia experiencia, a través de la auto-observación y la “técnica de la moviola”, llegó a construir un original método terapéutico “abierto” a las infinitas modalidades con las que cada terapeuta consigue interaccionar con el sujeto tomando en cuenta rigurosamente algunos principios generales. Considerando los “Procesos mentales” básicos, que en la persona se ponen en marcha en la interacción humana, tanto creencias-deseos-intenciones, como imágenes, recuerdos, sensaciones, percepciones, estados emocionales; Vittorio analiza cómo este “mentalismo” se conecta con la experiencia inmediata del paciente. Un análisis que tiene la capacidad de llevar la persona a “recomponer las partes”, como él decía, a construir formas narrativas más articuladas de esta experiencia, escenas siempre más complejas hasta encontrar con el paciente “las invariantes” de su “significado personal”. De este aspecto “artesanal” no hay rastro en sus escritos teóricos y solo quien ha trabajado con él, ha podido observar cómo la riqueza teórica de su investigación se corresponde especularmente con una modalidad inusual de interacción-relación con el paciente, pero también con los alumnos en formación:

cosa que felizmente se hace evidente en estas páginas. Un segundo nivel, que se nota evidentemente, es la modalidad de conducción de la formación y entrenamiento en psicoterapia. Como por el trabajo terapéutico, él propone, durante la formación, una progresión y un “*timing*” que empieza por lo concreto de la experiencia “actual” del sujeto hasta llegar a temas siempre más abstractos y más lejos en el tiempo, hasta la “historia de desarrollo”. Por lo tanto durante la formación se reconstruye a través de entrevistas a los alumnos, un repertorio que comprende los aspectos actuales más evidentemente problemáticos (repertorio de la agresividad) y el repertorio de las historia pasada, facilitando el alumno a aprender, “desde el interior de una experiencia que imita la del futuro paciente”, las posibles modalidades de sentirse y contarse. A partir del postulado que el conocimiento de sí mismo procede con el conocimiento del otro, pero que en el proceso terapéutico el conocimiento de sí mismo “precede” al del otro. La formación se impartía cada semana, durante dos horas, facilitando una continuidad y una unión extraordinaria. Esta formación fue una experiencia muy intensa y participativa tanto por parte de Guidano cuanto por parte de los alumnos. Se nota cómo la interacción fue particularmente estimulante para las dos partes. Los alumnos se sentían suficientemente unidos y protegidos para tener el coraje de exponerse, como se puede notar a partir de la ingenuidad de algunas preguntas, mientras que Guidano no dudaba en entrar en el material personal de los alumnos, utilizando la relación, llevando a cabo “perturbaciones estratégica y afectivamente orientadas”, capaces de crear también en ellos nuevas realidades y nueva conciencia.

Un tercer nivel de lectura es histórico, **representar “en vivo” la multitud de ideas que han generado los aspectos centrales del cognitivismo “sistémico-procesual”, como Guidano lo definía hasta finales de los años 80, y “Post racionalismo” a partir de los primeros años 90.** En el texto se nota cómo utilizaba su experiencia inmediata en la interacción con los alumnos para afinar y ampliar su propio conocimiento y el de ellos. Como si pudiéramos ver a través de una “puerta entreabierta” la actividad del artesano, aquí se puede percibir cómo nacían y se comprobaban empíricamente las ideas fundacionales del cognitivismo post-racionalista. Un material que toma forma en la variabilidad de las interacciones humanas, con todos los intentos, los materiales de apoyo, los caminos abiertos y luego no seguidos, las grandes intuiciones, las aparentes obviedades. En contraste continuo con el cognitivismo conductista y con el cognitivismo “clásico”, que él mismo había fundado y desarrollado en Italia junto a unos pocos valientes durante los primeros años 70, presenta aquí a sus alumnos un “cambio de óptica de 180 grados” mostrando los límites epistemológicos de una teoría que incluso había aportado resultados terapéuticos notables, revolucionando el ámbito de las psicoterapias. Mostrando cómo un enfoque empirista y “racionalista”, como definía el enfoque de Beck, Ellis o Meichembaum, no puede comprender en profundidad la “complejidad del sí mismo” y la subjetividad irreductible al sentido común, no pudiera captar la prevalencia de los aspectos emocionales, fundadores de una coherencia organizacional del “sí mismo”.

En estas clases se hace evidente la diferencia en la práctica de una psicoterapia racionalista, orientada a la persuasión, y una psicoterapia post-racionalista, orientada a la comprensión. Se hace evidente cómo Guidano, había desarrollado un enfoque terapéutico que va más allá de los límites del Psicoanálisis, “focalizado en los relatos del paciente”, y los límites del conductismo “focalizado en lo que ocurre”, construyendo un nivel de conocimiento que emerge en la interfaz entre “cómo el sujeto cuenta lo que le ocurre”.

Un cuarto nivel de lectura lo constituye **la concepción etológica y antropológica** en que se basa la teoría y la práctica de intervención psicoterapéutica de Vittorio Guidano durante las varias fases del ciclo vital. Éste es uno de los aspectos menos evidentes de su investigación. La concepción etológica se asocia a su experiencia personal desarrollada en África, estudiando los monos en su hábitat, mientras la concepción antropológica se basaba en la inextinguible curiosidad cognoscitiva sobre los seres humanos que Vittorio había desarrollado a partir de su compleja historia personal. Cuando afirma considerar la intervención psicoterapéutica una intervención sobre el “primate hablante hombre”, que mediante su interacción con los demás y sus vínculos afectivos con las figuras de apego, crea nuevos niveles de significado, Guidano asume la posición inusual de un etólogo que observa a sus semejantes y que observándolos toma la distancia, colocándose en una paradoja que genera nuevas formas de conocimiento. Su óptica es tanto “auto describir” la población a la que él pertenece, con las costumbres y la cultura de un ciudadano de la sociedad occidental, como el “mentalismo” con que los seres humanos se miran, crean juegos relacionales, se ignoran, se comprenden, se dejan, se engañan y se auto engañan. Desde esta óptica la lectura de estas páginas se puede considerar también un análisis antropológico del primate hablante hombre, una psicopatología de la vida cotidiana de nuestra época.

Un último nivel de lectura es relativo a la posibilidad de encontrar en este escrito la persona de Vittorio Guidano: su calor, sus bromas, su ironía mezcla de un sentimiento de finitud y perspicacia, su capacidad de combinar escenas de la vida cotidiana con reflexiones filosóficas, su fuerza en afrontar las situaciones imposibles en que se encontraba, y nos encontramos como terapeutas, su simpatía hacia los seres humanos, todo unido a la crudeza de desvelar los engaños y los límites del pensamiento “racionalista” y la honestidad en reconocer los límites de su especulación.

CONSEJOS PARA FACILITAR LA LECTURA

En la transcripción de estas clases de Vittorio Guidano, he intentado mantener lo más posible la adherencia al texto hablado, dejando también su modalidad personal de construcción de la frase y sus expresiones jergales hasta el punto que pudieran resultar no comprensibles para un lector “no romano”. En algunos casos he puesto “la traducción” entre paréntesis. He omitido referencias a acontecimientos contingentes que el lector no hubiera podido contextualizar. Para facilitar la lectura he dividido el texto en capítulos y párrafos, cuyos títulos son arbitrarios mientras he mantenido, intentando reproducirlos los esquemas y los dibujos que Vittorio hacía durante las clases. He limitado la cantidad de las notas, reservándolas solo a eventuales conceptos desarrollados por él en otros textos, a las citas de los autores citados, y a las resonancias que me han suscitado las conexiones con otros autores.

El escenario de estas clases es la sala del Centro de Psicoterapia Cognitiva en Via degli Scipioni, una de las sedes históricas de la SITCC, donde Guidano trabajó la mayor parte de su vida profesional. El grupo se compone de un co-formador y 12 alumnos del centro. Yo era uno de ellos. En esta fase de la formación los alumnos ya se conocían desde 9 meses atrás, durante los cuales Guidano explicó las bases teóricas del modelo, y por lo tanto ya se había creado un clima de “confianza” entre alumnos y conductor que permitía el uso de un lenguaje más directo por parte del conductor y una mayor “capacidad de auto-exposición” por parte de los alumnos, incluso en el formular preguntas a veces ingenuas y que revelan concepcio-

nes y vivencias personales. Las preguntas formuladas por los alumnos son transcritas en cursiva. Es interesante la manera en que Guidano utiliza este material traído por los alumnos, para ampliar, precisar los conceptos expresados, explorar territorios ambiguos y poco descritos en sus exposiciones oficiales de la psicoterapia cognitiva.

No obstante el clima emocional de una situación interactiva no sea explicable y reproducible dentro de un texto, creo que aquí se nota el calor y la intensidad afectiva que él aportaba, además de en la exposición, en la interacción con los alumnos. En el momento de la formación aquí transcrita, Guidano, respondiendo a un requerimiento expreso por parte de los alumnos, desarrolla en directo, por primera vez, lo que es y cómo se hace la psicoterapia. El texto se puede considerar también un guion extendido de cuanto Guidano expone en la segunda parte de “Los Principios psicoterapéuticos” en su libro del 1992 “El sí mismo en proceso”. He tenido muchas dudas acerca de si insertar los datos explicativos acerca de los términos utilizado por Guidano, que el da por sentado hacia los alumnos porque ya habían sido explicados durante los meses precedentes de la formación, sobre todo acerca de las cuatro organizaciones del significado personal a las que se hace referencia continuamente, porque hubiera resultado un capítulo demasiado largo. Una buena introducción a la comprensión de las organizaciones es la que se desarrolla en el libro de Guidano recientemente publicado por Franco Angeli, recopilado por Álvaro Quiñones, “Psicoterapia cognitiva post racionalista”. Aquí me limito a señalar las abreviaciones usadas por Guidano para designar las organizaciones:

DEP o depresivos= organización depresiva;

FOB o fóbicos (a veces Ágora) = organizaciones fóbicas.

DAP = organización de trastornos alimentarios psicógenos.

OBS u obsesivos = Organización obsesiva.

El uso de estos términos por lo tanto hace referencia a una “psicopatología explicativa” del modelo post racionalista y no a la psicopatología descriptiva de los sistemas nosográficos tradicionales.

PRIMERA PARTE

Presentación primera parte

En la primera parte se presentan las clases de formación en psicoterapia impartidas por Victorio Guidano en Roma durante el periodo comprendido de septiembre a diciembre del año 1986.

1 EL ARTE DE LA PSICOTERAPIA

1.1 Prefacio

La psicoterapia no es una ciencia. Mientras la psicología tiene varios modelos que pueden ser sometidos a comprobación científica, en cambio la psicoterapia, no. Más que una ciencia es un arte.

Por esto es muy difícil hacer una exposición de los principios explicativos, aunque no son muchos. Como en todas las artes, lo que hay que aprender es *cómo se hace*, a partir del punto de vista técnico de la profesión: existen una serie de principios que hay que tener en cuenta cuando realizamos la evaluación, el análisis cognitivo de un paciente; la dificultad se encuentra en el aprendizaje de las habilidades concretas.

Por este motivo seguiremos trabajando sobre nosotros mismos, construyendo en nuestra formación situaciones de tipo terapéutico, organizando nuestro *material personal* para luego verificar estos principios.¹

Aprenderemos cómo se reconstruye un contexto, cómo se hace una pregunta de modo que resulte significativa, veremos los principios que hay que tener en cuenta en la relación, las formas de recoger datos y la manera de plantear una estrategia terapéutica para que se produzca el cambio.

1.2 Enfoque racionalista y enfoque no racionalista

Actualmente dentro de la terapia cognitiva hay por lo menos dos enfoques terapéuticos fundamentales que se distinguen no solo por la calidad específica en la estrategia terapéutica, sino también por el principio epistemológico que hay detrás. En la actualidad estos enfoques se consideran ambos legítimos, oficiales y presentes en el mercado. El primero es el cognitivista clásico (racionalista n.d.r) y es el que actualmente tiene más seguidores. Nosotros haremos referencias solo al otro enfoque (post-racionalista, n.d.r.) y en nuestro entrenamiento, consideraré un “defecto” cuando, sin quererlo, utilicéis el enfoque racionalista².

1.2.1 Enfoque cognitivista clásico (racionalista)

La finalidad principal de este enfoque es re-establecer el equilibrio perdido por el paciente. No tiene finalidad “temporal”, se basa sobre una concepción de equilibrio estático, circular, que se queda siempre igual: el objetivo es llevar el paciente a re-construir el equilibrio previo perdido. ¿Cómo? Generalmente con técnicas de autocontrol con las que se entrena al paciente a modificar el “diálogo interior, a hablarse de manera diferente, a “estimularse” de modo diferente, a hacer todas aquellas acciones que teme, a adquirir creencias más racionales y adaptativas..., etc.

La actitud en la relación es necesariamente pedagógica, y la herramienta estratégica utilizada es principalmente la persuasión, o sea el cambio de las estructuras semánticas superficiales con las que la persona desarrolla su significado personal. Esto es un cambio superficial: una terapia de este tipo supone que ocurre un cambio “cuando el paciente habla de manera diferente”, utilizando nuevas instrucciones en el diálogo interior.

El terapeuta tiene en cuenta un criterio de objetividad: asume, por ejemplo, que la racionalidad es un sistema de referencia estándar para todos, que permite medir el comportamiento humano y que decir “¡Esto es adecuado ¡Esto es incorrecto! ¡Esto no se debe hacer, si no quieres ser un inadaptado! ¡Hacer esto es correcto porque así te adaptas!

La terapia consiste en criticar duramente, con pruebas lógicas, contra- interrogatorios y diálogos socráticos las creencias del paciente y llevarlo a un cambio, que el terapeuta puede ver en sesión a partir de los supuestos expresados por el mismo. Es un método retórico, persuasivo. Es el famoso chiste del hombre que piensa que es un ratón y luego le convence el terapeuta que esto no es posible, “¿le parece posible que un ratón pueda hablar? No, claro. “¿Has visto alguna vez un ratón que en lugar de las patas tenga manos? Y así sigue... el paciente se va contento: luego vuelve agobiado a la terapia y le pregunta “vale, yo he entendido que no soy un ratón..., pero ¿los gatos ya lo saben? En general el enfoque oficial de la terapia cognitiva es todavía éste. El ejemplo se puede ver en este clásico “fragmento” de Beck sobre la terapia para la depresión: “¿Hoy has hecho algo?” “No nada” “¿Por qué no?” “Porque me parecía todo inútil” “Pero, a ver, ¿cuál es tu criterio de utilidad y de inutilidad?..., bla bla bla” “¿te das cuenta?, estás equivocado; esto no es racional”.

Se llega a situaciones paradójicas... Ellis describe una por una las cosas que el terapeuta tiene que decir para contrarrestar una creencia irracional. Una de estas creencias irracionales está representada por los supuestos del miedo a la muerte. A un fóbico, por ejemplo, un tanatofóbico, que sufre miedo a tener ataques de corazón, le se hace este discurso: Primera cuestión: es irracional tener la certeza de morir, porque no existen pruebas ciertas, por cierto hasta hoy, todos se han muerto, pero no podemos anticiparnos al futuro, ya que la realidad no se puede prever. Podría pasar un día que las personas llegaran a ser inmortales, pero nosotros no podemos saberlo todavía, etc. Esta es la primera maniobra de Ellis, aunque solo sea para esgrimir las armas del paciente. Luego hay la segunda, la tercera, etc.

Si el objetivo es aumentar el autocontrol a través de un cambio de instrucciones internas, la técnica debe ser persuasiva: un cambio de la estructura semántica en el mismo significado. Los agorafóbicos responden muy bien, pero no cambia absolutamente nada, la persona continúa sin asociar para nada la ansiedad y la sensación de constreñimiento con el conflicto en la relación matrimonial en el que se encuentra. Cuanto más el terapeuta sigue comentándole al paciente que es irracional que pueda padecer un infarto mientras se encuentra parado en un semáforo (por que si el semáforo está rojo o verde no le pasa nada al corazón, y está demostrado que no hay conexión entre las dos cosas) le consigue transmitir la idea de que estas cosas siempre son externas, y en cambio él, el doctor, le ha mostrado algunas técnicas, como podrían ser los medicamentos, para controlar estos ataques.

Esto es el cambio persuasivo: no hay ninguna asimilación nueva de significado. Se le dan las herramientas al paciente para controlar un ataque como si este fuera algo que viene desde fuera. Si antes un ataque lo dejaba descolocado, ahora sabe cómo manejar la situación.

El paciente fóbico que tiene un cambio de este tipo funciona muy bien en la terapia, pero luego dice “Oh doctor, yo hoy estaba en frente a un semáforo rojo y he percibido mi corazón

como si estuviera explotando, luego me he dicho: haz como el doctor te ha dicho, y esta vez lo he conseguido. ¿Pero si la próxima vez el ataque es más fuerte lo conseguiré igualmente?

PREGUNTA. *¿Vittorio, a las personas que tienen un bajo nivel de abstracción, les vendría bien esta modalidad persuasiva?*

RESPUESTA. Pues, para algunos pacientes es un enfoque legítimo. Ahora intento trivializar este enfoque para que resulte más claro, pero es un enfoque que puede ser utilizado de manera muy inteligente: el principio es que es inevitable que el terapeuta deba presentarse como un “poseedor de verdades” que proporciona los criterios racionales con que decidir si lo que tú dices es irracional o no.

El objetivo es que “yo” tengo que convertir todas aquellas creencias que “yo observador” considero irracionales, en creencias racionales, a través de la convicción. Inevitablemente, la relación implica un tono pedagógico. Muchos terapeutas de esta orientación opinan que el terapeuta es un mentor, un pedagogo o un maestro.

P: *¿Vittorio, esto ocurre en una terapia cognitiva o en cualquier tipo de psicoterapia?*

R: Se puede decir que pasa en cualquier tipo de terapia: pero en el enfoque de tipo “no racionalista”, el discurso es diferente.

1.2.2 Enfoque no racionalista

Yo lo considero un modelo en el cual el “sistema” (individual) se desenvuelve con una progresión temporal irreversible. El sistema recorre una parábola de equilibrio dinámico y progresivo, se organiza a través de momentos de desequilibrio. Por tanto el problema no es llevar el sistema hacia el equilibrio previo, sino permitir que pueda desplazarse hacia una reorganización, otro tipo de equilibrio progresivo y dinámico, hacia el cual se hubiera podido dirigir si hubiera sido capaz de asimilar estas divergencias, estas intensas emociones, que no ha entendido y que no ha sido capaz de descifrar.

El problema es recolocar la persona de manera que sea capaz de asimilar su material, que vive como extraño: emergencias nuevas que no consigue descifrar por motivos que se tendrán que descubrir en la terapia para que pueda dirigirse hacia un equilibrio que actualmente, no podemos prever. Como una piedra que rueda y luego se detiene, solo podemos remover la piedra que lo ha detenido. Intervenimos sobre el desarrollo de un sistema auto-organizado, que ya posee su dirección, su nivel de “escalones” y reorganizaciones hacia las cuales puede dirigirse. Lo más importante es que *no se les proporcionen* las instrucciones adicionales, incluso cuando encajan con nuestros marcos por que no tienen nada que ver con su organización estructural. Esta es la diferencia con un sistema pedagógico. Mientras en el modelo pedagógico se intenta dar instrucciones al sistema desde el exterior, aquí se interviene sobre el sistema para que decodifique “su” material, permitiéndole dirigirse hacia “sus” otros equilibrios. En este modelo el terapeuta no actúa como un pedagogo, no transmite nuevos conocimientos a la gente; el conocimiento relevante, que permite al paciente dar el paso que hay que dar, éste ya lo posee. El paciente empieza a descompensar y a tener estos equilibrios regresivos porque este conocimiento le ha surgido sin ser capaz de integrarlo en sí mismo. La terapia sirve para que utilice el conocimiento significativo, que ya posee.

Este es el primer elemento: la terapia busca la comprensión, aumentar los márgenes del conocimiento y de la conciencia de sí mismo. Un terapeuta que tiene como objetivo el autocontrol, trata como irracionales las emociones negativas como la depresión, la angustia,

la rabia etc., posiblemente trata de excluirlas y si es posible, controlarlas totalmente. No promueve en el paciente una conducta de exploración hacia éstas. El terapeuta del segundo tipo, en cambio, no se asusta cuando el paciente le habla de emociones negativas, al contrario, las trata como fenómenos normales e induce hacia estas un actitud de interés por parte del paciente: “la mejor forma de controlar, estas emociones que son desagradables, es enfocándolas y entendiéndolas. Si hay una imagen desagradable ponla en una moviola, para estudiarla”. Se tiende a la comprensión y esta actitud, empieza a partir de los primeros 5 minutos de la sesión. Para el terapeuta racionalista controlar estos fenómenos significa excluirlas, o sea aprender trucos en el diálogo interior con nosotros mismos. Por ejemplo decirse: “esta emoción que siento como agobiante es equivocada, como emoción no es más que una imaginación”. En nuestro enfoque, en cambio, el terapeuta no se pone como garante de la racionalidad, no utiliza estándares universales válidos para todos. Utiliza como principio el hecho que la racionalidad es un principio relativo, y una cosa puede ser racional o irracional solo como punto de referencia, no de manera absoluta. Si una acción del paciente es racional o irracional, se puede decidir únicamente en función del paciente, con su significado personal, no conforme a lo que el terapeuta considera que debe ser la vida.

P: *Pero un terapeuta de este tipo ¿qué concepción tiene de la vida?*

R: El terapeuta es un ser humano como los demás: tiene sus creencias, su concepción de la vida. Pero debe saber cuándo lo que está haciendo, es poner sobre la mesa sus creencias de vida, poner más conocimiento porque quiere hacer las primeras modificaciones, ganarse la simpatía, cimentar la relación emotiva, y cuándo está realizando otro trabajo, o sea consentir que el paciente “enfoque” sus cosas.

En la práctica los dos enfoques se distinguen inmediatamente. Comentando la primera sesión de un caso en un grupo de formación, las dos actitudes se habían puesto bastante bien de manifiesto. El problema era el siguiente: una chica de 23 años se presenta a terapia: no sabe si es homosexual o no, quiere que el terapeuta le ayude a aclarar este problema. Se toma en cuenta el dato: hasta los 23 años esta chica, aunque teniendo estas dudas, no había tenido ninguna experiencia ni con hombres ni con mujeres, de ningún tipo, tampoco a nivel de “colgarse por alguien”.

En el grupo se establecieron inmediatamente dos líneas bastante definidas; según la primera el problema consiste en dirigirse hacia la consistencia, el fundamento, y la racionalidad de esta duda homo-hetero-sexual. Se trata de ver en qué medida es realmente homosexual o no, porque esto orienta su elección. Si yo considero que ella es realmente homosexual, el discurso está orientado hacia la toma de una decisión ganadora, como aceptar la homosexualidad; por lo tanto empezaremos a discutir con la paciente si la homosexualidad es un pecado..., etc. El tema es: someter a comprobación la validez de uno u otro elemento del problema de elección, para luego llegar a una técnica de solución de problemas persuasiva. En la segunda perspectiva, la nuestra, el problema no es de elección sino que esta persona, utilizando esta teoría causal, o sea que no tiene claro “qué le gusta”, hasta hoy ha evitado tener relaciones con ambos sexos. Por lo tanto conviene entender por qué esta persona hasta hoy ha evitado tener relaciones. Entendido esto ella misma escogerá lo que quiere.

Este segundo modo es muy diferente: induce inmediatamente a una actitud de exploración. Ya está definido lo que *hay que entender*: no importa saber en qué medida es verdadero o no, si la chica es homosexual.

Los dos enfoques representan dos elecciones completamente diferentes de fondo. Puedo plantear el problema como un “problema de elección”, y por tanto le ayudo a escoger mediante un cierto tipo de investigación: qué fantasías tenía de pequeña, si le gustaban las chicas o los chicos etc..., o puedo dedicarme a su “relación con la realidad”, lo que hacía con mamá y papá, de qué forma temía el juicio de los demás, de qué forma la confrontación llegaba a ser algo terrorífico para ella, etc. Me fijo en cómo esto se ha estabilizado, para entender mejor el mecanismo según el cual su identidad está definida por lo externo, y cómo esto le impide confrontarse. Voy por otros ámbitos, completamente diferentes, llevándola a otros niveles, y oponiéndome cada vez que intenta involucrarme en una disputa de elección o en una discusión moral acerca de lo que es correcto-adeecuado y lo que no lo es.⁵

En las dos orientaciones los tiempos y los procesos son diferentes: la primera dura meses, la segunda algunos años. Los procesos de comprensión son mucho más lentos que los procesos de persuasión. Para la persuasión no se solicita el cambio de algunos elementos de significado personal, sino simplemente las estructuras semánticas con las que el significado está representado.

P: *Pero, ¿y los resultados?*

R: Los resultados son diferentes, tampoco se pueden comparar entre ellos, porque parten de dos planteamientos diferentes.

P: *Oye Vittorio, el primer enfoque, a nivel epistemológico, ¿sigue la teoría de la complejidad?*

R: No!... ¿cómo puedes seguir la teoría de la complejidad utilizando un enfoque terapéutico “simple” que se basa en la persuasión? Mirad, no es una cuestión de “palabras”, ni tampoco un discurso de “moda”. También en la ciencia, como en todos los otros ámbitos, existen fenómenos que están de “moda”: en poco tiempo... dentro de un año, todos utilizarán el término “complejidad” o “autopoiesis”. Para que podáis distinguir si un término se utiliza por moda, hay que mirar si su utilización tiene un valor descriptivo o explicativo. En una modalidad descriptiva se puede utilizar un término nuevo cada día. El problema es si un término sirve para “explicar” otras cosas.

Hay dos problemas clave que actualmente hacen de la terapia más probablemente un arte que una ciencia: El primero es el problema de la objetividad, el segundo es el problema del rol que la relación terapéutica, interpersonal, juega en cada proceso de cambio.

1.3 El problema de la objetividad

¿En qué medida se puede en terapia renunciar a un criterio de objetividad? Por *criterio de objetividad* entiendo el uso de cualquier marco de referencia que permita medir la realidad. De acuerdo con la paciente que presentaba el problema “¿soy homosexual o no?”, por ejemplo, utilizar un criterio de objetividad significa utilizar un punto de referencia que permita demostrar *la validez* de esta homosexualidad, o sea: cuáles son los impulsos homosexuales, cuáles los heterosexuales y cuál es el balance entre los dos. Es la búsqueda constante de pruebas de esta validez.

La única opción en que se puede utilizar un criterio de objetividad es mediante el uso de *la racionalidad* como criterio estándar de comparación. Es como si alguien asumiera que hay un conjunto de axiomas, reglas y normas que pueden ser consideradas universales y dependiendo de éstas se puede definir si una conducta es adaptativa o no. El énfasis sobre la racionalidad es común entre los cognitivistas “clásicos”, un énfasis parecido a aquello que

los conductistas atribuyen al comportamiento.

P: ¿Vittorio, te referirías a los cognitivistas “racionalistas”?

R: Sí. Lo del punto de referencia que se utiliza como criterio de objetividad y medida, es un problema importante; es el elemento que distingue el buen sentido del “sentido común”. En la vida cotidiana asumimos de manera automática puntos de referencia mediante los cuales podemos medir si las cosas funcionan o no funcionan.

En otras ciencias, la física, por ejemplo, se puede trabajar en la investigación sin nunca llegar a asumir un criterio de objetividad externo con el cual medir la realidad, en cambio, cuando él mismo físico vuelve a casa, en su vida privada, con sus hijos, puede tranquilamente utilizar criterios de objetividad.

En nuestro enfoque los dos ámbitos coinciden: el gran problema de no utilizar un criterio de objetividad dentro del trabajo terapéutico depende del hecho de que no utilizarlo significaría implicarse demasiado. Si no lo utilizas en este ámbito, tampoco tendrías que utilizarlo en tu casa: los ámbitos de la experiencia son los mismos: por lo tanto para la mayoría de los cognitivistas llega a ser casi normal “desplazarse” hacia un punto de vista que tiene sus confirmaciones en el buen sentido común, hecho que les permite mantener estable el resto de la vida de todos los días. El problema más grande, en nuestra opinión, es éste.

Para la *epistemología evolutiva* la racionalidad no es un principio abstracto, una entidad de referencia absoluta, un mundo platónico de ideas válidas para todos, sino un principio evolutivo que tiene que ver con la acción y no con el pensamiento; con la eficacia de una acción para que resulte adaptativa. La racionalidad sirve para simplificar los pasajes de manera lógica para que la acción sea eficaz. La racionalidad tiene que ver con *la primacía de la acción*, siempre está conectada con la acción. Por esta razón siempre hay que hacer referencia al organismo emisor que emite *aquella* acción: ¿como hace un etólogo para juzgar si el comportamiento de un babuino es racional o no? Haciendo referencia a la organización del babuino, de su *habitat*, de sus necesidades, evaluando si aquel comportamiento es económico y adaptativo para él. Un principio de acción no se puede juzgar de acuerdo a si “es adecuado o equivocado” “verdadero o falso”, ya que no es un principio lógico, no es una proposición. Por lo tanto la racionalidad en lugar de una realidad absoluta y una entidad racional, *siempre hay que considerarla como algo interactivo, relativo y no desde el punto de vista del observador: tendría que ser valorada de acuerdo al organismo que le pertenece.*

La racionalidad nunca pertenece a una cosa en sí misma, si no nos dice si un acción, un pensamiento, un esquema emocional son racionales o no racionales de acuerdo al organismo que los utiliza, a sus necesidades y no en relación a un observador que le juzga haciendo referencia a sus parámetros y sus puntos de vistas. Para un terapeuta es difícil hacer esto, porque significa cuestionarse constantemente. Significa que no hay ninguna verdad decodificada a priori: que lo que es adecuado en cada cosa siempre hay que buscarlo en la verdad que el paciente expresa paso a paso. A partir de este punto de vista el trabajo de investigación se hace más duro e interesante. Desde este punto de vista el enfoque racionalista es más simple y más cercano al sentido común; es mucho más simple personificar un criterio de objetividad, ya que el paciente os necesita. De esta manera es mucho más fácil proceder, permite al terapeuta cuestionarse mucho menos, pero desde el punto de vista científico es menos legítimo.

En la práctica vais a ver como, para todos nosotros es automático, sin que nos demos cuenta, asumir siempre un punto de referencia objetivo. La adhesión al sentido común es

fundamental para tener una realidad estable y es un tipo de modulación automática de nuestras capacidades de enfoque cognitivo y perceptivo. Es automático para nosotros considerar las cosas siempre desde un punto de vista de referencia externo, incluso después de años de trabajo. Luego, mediante la experiencia, la corrección también llega a ser automática.

1.4 La psicoterapia es relación, assessment, estrategia

La psicoterapia se distingue *descriptivamente* en tres ámbitos que en la práctica real se superponen, fusionados uno con el otro, difícilmente diferenciables.

- 1) la relación terapéutica
- 2) el assessment, o sea todo el trabajo de análisis a varios niveles (análisis cognitivo-conductual, reconstrucción de un repertorio, análisis del sistema de creencias, análisis de la historia personal evolutiva, del ciclo de vida en general...)
- 3) la estrategia terapéutica, o sea cómo el terapeuta paso a paso pone en marcha maniobras de tipo cognitivo y de relación, para aprovechar los datos que han surgido a partir del análisis y del conocimiento que mientras tanto el paciente ha adquirido.

Tenemos que diferenciar estos ámbitos para describirlos, pero es obvio que todos están interconectados; en terapia cada acto, cada unidad de interacción es al mismo tiempo una parte de relación, una parte de assessment y una parte de estrategia terapéutica. Son procesos simultáneos, pero distintos: muy a menudo son “el mismo proceso”, muchas veces el assessment coincide con la terapia; reconstruir con el paciente un conjunto de imágenes, pensamientos asociados a estas emociones, comportamientos, equivale a hacer terapia, a ayudar al paciente a distanciarse y descentrarse de estos contenidos que le resultan obvios. Es difícil darse cuenta de este proceso en el momento en que lo vivimos, porque resulta claro en términos descriptivos y menos claro en su “devenir”. Sin embargo, también dentro de un sistema complejo individual hay una superposición de los procesos: es lo que ya habíamos dicho acerca del control coalicional⁶ de la mente. Exactamente como ocurre por el control “en coalición” de la mente, los procesos como percepciones, cogniciones, emociones y memoria son bastante distintos entre ellos, pero si nos movemos en el ámbito del microanálisis y analizamos un único estado de conciencia y un único componente, estos procesos se diluyen bastante los unos con los otros. Hay una fuerza directriz que circula continuamente entre ellos, y cuanto más nos focalizamos en el microanálisis, más se superponen los procesos entre sí, tal y como ocurre en la física.

2 LA RELACION TERAPEUTICA

El rol que juega la relación en el proceso terapéutico ha sido hasta el día de hoy minimizado o mal interpretado. Los artículos que encontráis en este texto sobre este tema, tienen que ver con aspectos de la relación como la empatía, la humanidad o la actitud comprensiva del terapeuta, pero son aspectos marginales para la comprensión de este problema. El punto fundamental es entender el rol que tiene una relación interpersonal en la cual se encuentra una consistente cuota emotiva, seguramente muy alta por parte del paciente y como tal, considerada por él, una experiencia con valor de unicidad único mediante la cual puede hacer muy importantes descubrimientos: también puede ser una experiencia única por el terapeuta, en particular si no la realiza como si fuera una “cadena de montaje persuasiva”.

¿Qué rol tiene una relación interpersonal que presenta un nivel suficientemente alto de implicación emotiva, en facilitar la asimilación de conocimiento y en promover una reorganización? Hay fenómenos muy impresionantes en el mundo de la investigación terapéutica, que nos muestran lo mucho que este problema ha sido minimizado y cómo, en cambio, es fundamental.

2.1 La paradoja de la psicoterapia

Los estudios más importantes de los últimos 20-30 años, son aquellos que configuran la “paradoja de la psicoterapia” o dilema de la psicoterapia: a pesar de que, por un lado, hay una lucha constante entre diferentes orientaciones terapéuticas para diferenciarse en los modelos y competir para demostrar cual es el modelo mejor, el más científico, abarcador, etc., por otro lado, los resultados son equivalentes, o sea cada escuela tiene más o menos el mismo porcentaje de éxitos y fracasos. Este es el dato constatable, surgido de 25 años de investigación.

¿Cómo explicarlo? La primera explicación es reductiva: ahora nos parece que los resultados pueden coincidir porque todavía no tenemos las herramientas de microanálisis. El día que las tengamos, podremos ver que los resultados son diferentes. Es un método típico de la ciencia: dar una explicación posponiéndola a un tiempo indefinido; es uno de los casos en que la ciencia se parece a la política.

La segunda explicación: probablemente este dilema o paradoja depende del hecho que, a parte de las diferentes técnicas y de las diferentes teorías que cada enfoque utiliza, existe un proceso común de fondo, a pesar de que en la práctica las diferentes terapias se diferencian en la óptica teórica y técnica.

El único *proceso común* está representado por los *aspectos emocionales de la relación interpersonal* entre paciente y terapeuta, independientemente de las palabras, conceptos y técnicas utilizadas. Lo que importa es que la relación emocional entre el terapeuta y el paciente permita que los dos sintonicen en la misma onda, y gracias a esta misma onda, lo que dice el terapeuta pueda tener un efecto de “recepción” en el paciente, independientemente de la calidad de lo que dice.

El discurso, otro “batacazo” de relativismo⁷, es que *el contenido cuenta poco, y cuenta más para el terapeuta que para el paciente*. El terapeuta necesita tener un modelo que le sirva para orientarse.

Para el paciente es importante conseguir un canal directo, una misma modalidad comunicativa con el terapeuta y esto lo adquiere mediante las emociones. Cuando esta sintonía se ha instaurado, *cualquier tipo de técnicas*, utilizadas en este contexto, puede llevar a una reorganización de los contenidos. Por lo tanto los cambios que ocurren en terapia también pueden ocurrir en un contexto de relación de amistad donde se encuentra un vector, una situación emotiva que consiente un canal de comunicación entre los dos.

2.2 Solo mediante una relación emotiva se puede perturbar el sistema

Si (asumimos que) un sistema complejo está cerrado, no recibe informaciones desde el exterior. Desde el exterior puede recibir solo una perturbación y es esta la que le ayuda a reorganizarse; la reorganización ocurre mediante la utilización de su propio material y no viene desde afuera. *La perturbación puede resultar significativa solo mediante una relación emocional*. El contenido que el terapeuta aporta técnicamente es la perturbación, que sirve

únicamente para desencadenar reacciones internas en el paciente. No es el contenido que le llega a la cabeza.

El contenido es aquello que da forma a la experiencia y al cambio. Esto os explica por qué los pacientes que están en terapia con los junguianos sueñan como los junguianos, los pacientes de los cognitivistas hablan como los cognitivistas etc. El paciente que viene a terapia conmigo habla como hablo yo: pero no es un problema de persuasión: es que, una vez establecida la sintonía, el material y la técnica que yo utilizo, son los elementos que el paciente utiliza como perturbación con el que reorganizarse. Esto no significa que utiliza mis contenidos: mis contenidos le estimulan un tipo de proceso. No se hablaría de esto si hubiese una “transmisión de información”. Este es el elemento fundamental que muestra el rol que tienen las emociones en una relación interpersonal como la psicoterapia. Lo que cuenta es la posibilidad de establecer una sintonía sin la cual es imposible perturbar el sistema. Hay una canción de Neil Young que dice: “*only love can break your heart*”: se necesita una relación emocional para que yo pueda perturbarte. Si mi perturbación no es significativa, no te llega... pero no se trata, de todas formas, de un mensaje a transmisión directa (yo que te abro la cabeza y la relleno con informaciones). Esto nos hace entender por qué el contenido y la técnica en sí mismos son relativamente menos significativos, y por sí mismos no explican los resultados. El elemento en común que hace incisivas las técnicas es el canal emocional que permite esta sintonización. Por este motivo *la psicoterapia no es una ciencia*: llegará a serlo el día que tengamos una teoría completa y explicativa de la afectividad; sobre todo, cuando lo sepamos todo acerca de las relaciones que existen entre afectividad y conocimiento. Cuando sepamos en qué forma una relación emocional puede facilitar la asimilación de otro conocimiento y producir un cambio. Por lo tanto, hoy por hoy, resulta difícil la enseñanza “abstracta” de la psicoterapia. Es como se hacía con los artesanos para aprender una profesión-oficio: hay que ir al “taller”.

2.3 La relación terapéutica: una relación peculiar “adulto-adulto”

La relación terapéutica es muy peculiar, puede ser la más peculiar entre las relaciones humanas porque contiene aspectos paradójicos no presentes en las relaciones habituales *adulto-adulto*. Es paradójica porque es una relación adulto-adulto que contiene importantes elementos de frecuencia, intensidad, implicación emocional, confianza, intercambio de informaciones muy profundas en el contarse cosas que no se contarían a nadie, dentro de un clima emocional de soporte y apoyo, con un nivel de alta frecuencia: todo esto con modalidades que, en su conjunto, es difícil que se produzcan todas a la vez en otra relación adulto-adulto. En este contexto los parámetros resultan aumentados, de hecho, la relación es más completa e intensa que todas las relaciones adulto-adulto que conocemos, pero en relación a éstas es una paradoja. Todos las otras relaciones (amistad etc.) nacen para perseguir finalidades u objetivos que están *dentro de* la relación, ya que los dos se intercambian solidaridad, amistad etc. *Y que se pueden utilizar en la relación*. El objetivo se encuentra *fuera* de la relación porque es un trabajo orientado a la comprensión específica y técnica que el paciente tiene que asumir como “contrato de trabajo”. En una relación amistosa que tiene un nivel emocional x, mucha de esta emotividad despertada por la relación, puede ser aprovechada en la misma relación, ya que a un amigo le podemos tocar, hablar libremente y con confianza. En una relación terapéutica todo eso no es posible, porque aquí las emociones que este tipo de relación despierta no pueden ser aprovechadas dentro de la

relación, ya que esta relación tiene una tarea fundamental que es externa a ella.

Este es el problema: *las emociones necesarias para que la relación sea terapéutica, no pueden ser utilizadas dentro de la relación* como ocurre con las otras relaciones adulto-adulto. Este es un problema para el terapeuta y para el paciente, incluso es un problema doble para el terapeuta, porque el terapeuta debe prestar atención a sus emociones y a las del paciente. Esto pasa también después de 20 años de trabajo, después que habéis visitado miles de pacientes: no es inexperiencia.

2.3.1 Nivel emocional del paciente y nivel emocional del terapeuta

P: *¿Podría pasar que no te guste trabajar con un paciente?*

R: Sí esto también es “emocional”, también aquella es una emoción que tu no puedes manifestar “dentro”. A un amigo que te cae mal, le puedes decir “eres antipático, eres un provocador”. En este caso las emociones que la relación te provoca las vives en el interior, las experimentas interiormente, aquí en la terapia no puedes hacerlo sea en el caso que el paciente te resulte antipático o simpático: son ambos niveles emocionales que la relación te despierta.

P.: *¿Las emociones que sientes como las utilizas? Es decir, vale la simpatía..., pero ¿en qué manera la antipatía puede ser útil?*

R: El tema nunca consiste en considerar esta o aquella emoción. En la relación es útil el plano emocional completo y hay que utilizarlo, no hay que focalizarse en una “única” emoción provocada. Tienes que utilizar las emociones que se despiertan para perturbar el sistema.

Vamos a ver un ejemplo de una supervisión de un caso que llevé hace poco: un chico de 20 años, psicópata, que intenta “seducir” a la terapeuta, mujer de 35 años. Está claro que el hecho que intente cortejarte puede provocar antipatía, simpatía, asco, repulsión, deseo, atracción, todos sentimientos tuyos, que no puedes utilizar “dentro” de la relación. Puedes hacer otra cosa: el cortejo del paciente es una señal de implicación emocional que él experimenta en esta relación, es una prueba de activación, no importa que sea provocadora. La activación del paciente señala al terapeuta que se encuentra en buenas condiciones para perturbar, le indica que el paciente está sintonizado. Por lo tanto el terapeuta tiene que hacerle notar la discrepancia en que se ha metido. Por ejemplo, “¿Oye jovencito, yo soy una mujer de 35 años, piensas que podría estar con un niño de 22 años como tú? ¿Qué te crees, que soy tonta? “Mira de esta manera te estás metiendo en una posición en la que siempre pierdes”.

Por el solo hecho que te ha cortejado y que te provoca antipatía, no le puedes decir: estas son cosas tuyas y tienes que guardarlas para ti. Tienes que utilizar el nivel emocional que se ha despertado en el paciente, no en ti; lo que se ha despertado en ti, no tiene nada que ver para provocar el efecto esperado. En este ejemplo, el efecto esperado era que el chico se dé cuenta que estas situaciones de lucha en las que se mete en la escuela, en la familia y en las que se ha metido contigo, lo llevan solo a perder. De hecho la intervención ha tenido un buen resultado. Es una intervención “tácita” que no hubiera sido tan fácil ni con 7 meses de explicaciones. Tus emociones son útiles para ti (terapeuta), únicamente porque te dan informaciones acerca de tus procesos internos, pero no tienes que expresarlas en la relación. El nivel emocional que el terapeuta debe utilizar es el del paciente, porque es aquello que te permite observar cuando él está sintonizado. El terapeuta nunca tiene que olvidar que está trabajando y que no puede ponerse a mirar sus temas personales de antipatía, venganza... etc.

Tiene que procurar por todos los medios (todo sirve) que el paciente entienda lo que está intentando evitar entender y enfocar. El resto es secundario, aunque te ofenda.

Hay casos de terapias enteramente llevadas a cabo en el ámbito de los aspectos emocionales de la relación, o sea maniobrando los aspectos emocionales de la relación sin utilizar ninguna técnica. Con los DAP⁹ (trastornos alimentarios) se trabaja solo de esta manera. Los trabajos más cognitivos, más técnicos en los que el contenido puede resultar más relevante son con los obsesivos (OBS) y los depresivos (DEP). También con los DAP y los fóbicos (FOB) la relación es fundamental, los aspectos emocionales de la relación son fundamentales.

Para un DAP el sentido de sí mismo viene desde afuera. Es a partir del sentido de sí mismo que podéis aportar algo y que dependen todos los aspectos de las perturbaciones que podéis tener. Ídem para un FOB, os escuchará en la medida en que tenga un valor emocional de protección por vuestra parte, en caso contrario, tampoco os *escuchará*.

P: *¿En qué se diferencia una relación terapéutica de una relación de amistad?*

R: Hay que tener cuidado en no crear niveles de superposición. Una relación amistosa y una terapéutica son incompatibles, porque tienen finalidades diferentes, estructuras diferentes. Una relación de amistad con un paciente sería posible solo luego, al término de la terapia. Sería preferible evitar situaciones poco claras de estos tipos. Desde el rol de amigo puedes dar consejos, puedes enfadarte con él, se lo puedes explicar, incluso puede darte pena, etc. Pero como terapeuta no puedes hacerlo. Como amigo disfrutas de las emociones que te provoca la relación. ¿Si ya tienes una relación de este tipo como haces para crear otra? ¿Cómo haces para que una tarea pueda coincidir con un consejo?

Por lo tanto el terapeuta constantemente debe prestar atención al nivel emocional, tiene que enfocar las emociones que el paciente le evoca porque de esta manera las gestiona mejor. Si no las enfoca, se corre el riesgo que sus emociones sean tratadas sin que él lo sepa, sin que se dé cuenta. Además del nivel emocional de la relación, hay que mirar a las expresiones emocionales con las que el paciente recibe vuestras explicaciones, vuestras reformulaciones de los problemas y la forma en que luego las utiliza, porque a partir de su tonalidades emocionales, podemos entender en qué medida las reformulaciones que estamos proporcionando, son aceptadas por el paciente y qué efecto y reacción le provocan. Por ejemplo, cuando mostráis al paciente un modo diferente de ver el problema y él lo acepta, pero lo comenta con la cara triste, deteneos un momento, porque es una señal que lo ha entendido pero que le da mal rollo, lo toma como una pérdida. En este caso esta bien detenerse para entender en qué modo esta nueva explicación influye sobre él, en qué medida ha perdido algo. El nivel emocional no verbal del paciente es por lo tanto una alarma para entender como está asimilando lo que le habéis dicho, y en cuanto surja un elemento de discrepancia, tenéis que deteneros para aclarar las emociones subyacentes. De esta manera es como si le dierais una instrucción implícita de no dejar nada “sin descifrar”, ninguna tonalidad emocional se deja sin explicación. Se trabaja siempre en el “aquí y ahora”, también cuando se trabaja sobre el pasado.

2.4 La relación como herramienta de exploración: las emociones “negativas”

La relación no debería ser presentada ni como un lugar de verdad, ni como una herramienta pedagógica, ni como un instrumento de confort. Desde el comienzo hay que presentarla *como una herramienta de exploración*, sin minimizar el hecho, que explorar,

entender no es agradable. El paciente a veces no entiende y ya que entender siempre es un proceso doloroso, está bien hacerlo en un contexto en el cual hay una persona que funciona como una base de referencia. De esta manera orientamos la relación como una *relación de trabajo y estudio* relativa a un problema que se define y luego se intenta reconstruir. Por lo tanto está bien aclarar desde el comienzo, cuál es la actitud que se adopta en la exploración acerca de las emociones negativas. La mejor manera de conceptualizar *el rol del terapeuta* dentro de una relación terapéutica es el concepto de Bowlby relativo a *la figura de apego que funciona como una base segura para la exploración*. En la terapia, de hecho, ocurre lo mismo que pasa entre el niño y la figura de apego: si la madre es miedosa, el niño tiene miedo y no se aventura. Cuando el terapeuta tiene una actitud de control, maravilla, sorpresa o se asusta en frente a las emociones negativas, pasa lo mismo, porque sin decirlo le comunica que estas cosas son tabú, que no deberían existir; que ya el simple hecho que existan es una anomalía. De forma metacomunicativa, pero muy incisiva, los define como ámbitos que no hay que explorar. Induce a una actitud de este tipo en la relación que el paciente tiene consigo mismo. Además, el hecho que la relación es una herramienta de comunicación debe ser comunicado no solo para las emociones negativas, sino también hay que comunicarlo como herramienta de base: cualquier imprevisto tiene que ser aclarado-clarificado, “intentamos entender qué ha ocurrido”.

2.5 Directividad y no directividad

Aquí el tema se complica: una terapia de tipo persuasivo es directiva en una medida tradicional. ¿Qué significa directividad para nosotros? Para nosotros la directividad o no directividad no se consideran en términos antagonistas, que se excluyen recíprocamente. En nuestra óptica no se toman en cuenta como términos en recíproca oposición sino interdependientes. Somos las dos cosas, *somos directivos* ya que no podemos prescindir del hecho de que somos los que deben poner en las manos de los pacientes las herramientas con las que ellos decodifican sus emociones; no se puede no proporcionarles herramientas de auto-observación acerca de cómo relacionar pensamientos, emociones, recuerdos pasados y comportamientos, etc. En este punto hay que ser directivo de manera inflexible. No se puede dejar que él haga sus asociaciones libres y que nos jugamos el papel del “pequeño psicoanalista”.

Pero *somos no directivos* en la medida en que no tenemos que ponerle en la cabeza conocimientos que consideremos válidos, porque *la direccionalidad que hay que seguir es la que pertenece a la organización del paciente* sin superponernos a ésta. No tenemos que imponerle nuestros valores de vida. Los contenidos del paciente que son significativos para el cambio, ya los posee, son las emociones que se le escapan de las manos y el material que no consigue descifrar; lo que es el material cognoscitivo nuevo y útil para el paciente. No las teorías del terapeuta, aunque sean buenas, existenciales y modernas. El terapeuta podrá comentar estas teorías al paciente el día en que se vayan a tomar un café con él, por cierto no en terapia. En frente a un paciente FOB, por ejemplo, en el proceso en que él “tendrá que” desplazarse de una concepción de protección concreta a una más abstracta y de esta forma expandir su sentido de constricción, es su directividad la que hay que respetar. Las concepciones de pareja que el tiene que alcanzar, no son las tuyas, son las suyas, las que le surgen cuando específica *en qué se siente constreñido*. Tiene que ser él, quien reorganiza la manera en que tendría que ser su matrimonio, cómo mirarlo. El material él ya lo posee. Solo

hace falta que le llevéis a decirlo, luego él sabrá que hacer, si divorciarse o no, etc. Hay que delimitar muchísimo el rol del terapeuta como consejero, no es nuestra tarea decirle lo que tiene que hacer, aconsejarle que se divorcie o no. Ni siquiera si él nos lo pregunta. El terapeuta no decide la vida del paciente, le enseña a trabajar. Son muy frecuentes los terapeutas cognitivistas racionalistas que dan instrucciones a los maridos como separarse, buscar un amante, tener un hijo...; con un terapeuta no racionalista el paciente se reorganiza siempre a partir de su material.

2.6 Las trabas y los juegos. Qué es la resistencia

Luego hay todo el tema de la resistencia: las resistencias existen, es obvio: está claro que no se encuentran descritas por los libros: Sabotajes, dinámicas de poder en la relación totalmente superficiales. Por ejemplo, temas como los retrasos, la impuntualidad en las sesiones indican que el paciente tiene problemas en la relación que vive con el terapeuta. Puede que sean sus problemas o problemas que derivan de la manera en que los terapeutas han planteado la relación.

2.6.1 Los conflictos relacionales

El aspecto más importante en la relación terapéutica es el aspecto emocional. Por lo tanto ahí se producen los conflictos más relevantes en la relación. No hay terapia donde no ocurran conflictos porque la relación emocional entre terapeuta y paciente es una relación real y en general, en las relaciones reales siempre hay algún conflicto emocional. Los conflictos no son siempre aspectos negativos.

Los más comunes ocurren cuando el paciente establece *una relación competitiva con el terapeuta*. La competición puede llegar a niveles muy altos. *A nivel relacional simple*: el paciente que siempre cree que es él quien define las reglas de la relación en aquel momento. *A nivel relacional intelectual*: el paciente que enseña que es más inteligente que el terapeuta. Existen *las competiciones seductoras*, que en el caso del DAP ocurren casi constantemente. Luego hay pacientes que hacen juegos más elaborados, por ejemplo, que aparentemente fingen seguir lo que les indicamos y luego nos enseñan que lo que le hemos dicho siempre y constantemente les lleva a meterse en problemas: Estas cosas están siempre ahí y hay que esperarlas tal y como hay que esperarlas en una relación real: en una relación con un amigo ocurren a menudo.

Para comprender mejor como estos conflictos se introducen en la relación es importante distinguir los datos de observación directa e indirecta que pertenecen a la relación terapéutica. *Los datos directos* están representados por los contenidos de las informaciones que nos intercambiamos, los patrones de intercambio, mejor dicho, representan los aspectos explícitos de la relación.

Los datos indirectos, en cambio, representan la estructura interna de la relación terapéutica, la coherencia de la relación terapéutica, donde por coherencia quiero decir reciprocidad de roles y no coherencia lógica... sino una coherencia dentro de una relación emocional, como ocurre en una relación sentimental. Por ejemplo, él es de los que se fastidian y ella es de las que no hacen caso. Y los dos roles se equilibran, creando el sistema. Aquí hablamos de estructura de la relación, es decir, “coherencia en la relación, coherencia como reciprocidad de roles y reiteración”. Qué tipo de repetitividad y recursividad tienen estos roles. Cuando nos encontramos con una coherencia que tiene margen de flexibilidad, margen de

abstracción y cuándo con una coherencia extremadamente rígida en que los dos están vinculados a roles fijos, muy repetitivos y recursivos. El aspecto de la recursividad dentro de la coherencia de la relación terapéutica, en una óptica sistémica, es un aspecto que pertenece a los juegos que se desarrollan en la relación, los “juegos” relacionales y las dichas resistencias acerca de las cuales haré un comentario a parte.

2.6.2 *Juegos relacionales*

Los juegos representan la parte implícita de la relación, los datos indirectos de la relación terapéutica que son más difíciles de descubrir. Muy a menudo el terapeuta se encuentra metido en un juego relacional interminable sin tampoco darse cuenta. Los juegos pueden ser considerados como unos patrones ritualizados, secuencias repetitivas que evidencian la modulación emocional típica, que pertenece a la oscilación apego-desapego, específica de la estructura de la relación terapéutica. Se puede decir que el juego relacional expresa unas secuencias repetitivas que modulan, evidencian y expresan todos los aspectos emocionales específicos del tipo de oscilación apego-separación, entre acercamiento y alejamiento, típicos de aquella relación. Consideremos cualquier otro tipo de relación, una relación en que la estructura es del tipo: un miembro de la pareja (ella), se siente bien, se siente indispensable para la relación, y el otro correspondiente (él) se siente bien solo cuando controla al otro; la estructura de los roles y la coherencia de la relación es esta. Estos tipos de roles implican que ellos tienen un cierto tipo de oscilación apego-desapego, tienen un cierto modo en que se acercan y alejan. Por ejemplo, para ella acercarse significa conseguir el reconocimiento por parte de él de ser indispensable para la relación, mientras que para él, acercarse significa tener el control sobre ella. La estructura de la relación presenta roles correspondientes en que los dos expresan reciprocidad, define un tipo de oscilación entre modalidad de acercamiento y separación. Los juegos son simples modalidades ritualizadas mediante las cuales se expresan las emociones correspondientes al tipo de oscilación específica. El juego señala simplemente esto, por lo tanto un terapeuta más que molestarse por haber sido atrapado en un juego con un paciente, tendría que entrar en este tipo de reciprocidad, debería entender cuál es su rol dentro de esta oscilación y mirar como “favorece” el juego del paciente. El terapeuta *no es una simple víctima de este juego*, aunque hasta el día de hoy todos los terapeutas siempre se han querido sentir así. “Tengo un paciente que es un “toca narices”, siempre juega a hacerse el duro conmigo... “entonces hay que jugar al médico!” “Si él juega de este modo, tú tienes que jugar al médico y le dices: ¿Enfermo? ¡Usted no está enfermo, deje de decir que está enfermo! Lo contrario sería imposible, si él jugara al enfermo y tú no jugaras al doctor, ocurriría un problema, ocurre que se enfada, deja la terapia, pero no puede seguir haciéndolo. 3 Si sigue haciéndolo, tú eres él que “le tiende la mano”. Esto indica que se ha presentado una estructura de “coherencia de relación” con sus roles específicos y rígidos, en los que el acercamiento y la intimidad se han señalado por el hecho que el paciente se quejaba y tú tenías que reconfortarlo. Si esto no hubiera ocurrido, se hubiera creado un aumento de distancia, el paciente no se hubiera presentado a la próxima sesión y se hubiera vuelto depresivo, decepcionado... etc. Este juego señala una ritualización en la misma manera en que se ha manifestado aquella oscilación que los dos han negociado entre ellos.

P: *¿Entiendo, esto te proporciona un información sobre ti... y que más?*

R: Me parece importante entender que esta persona, cada vez que viene a terapia, te toca

las narices insistiendo en que está enfermo... Este ejemplo, no representa solo una molestia para el terapeuta; lo que importa es entender que no hay que enfadarse con él, sino comprender lo que tú, como terapeuta, estás haciendo. Si el paciente hace este juego, significa que el terapeuta tiene mucho que ver con este juego

Los juegos se interpretan de esta forma. No hay que verlos como desechos personales dirigidos al terapeuta, aunque siempre han sido interpretados de esta manera. He conocido a terapeutas que se han enfadado con los pacientes: “¡Lo haces a propósito en mi contra!... ¡Me resistes!”. Las resistencias no son estas cosas. Cuando los pacientes manifiestan resistencias explícitas, nos encontramos en un juego de oposición. El paciente cuestiona al terapeuta, comentando: “Doctor, usted dice un montón de tonterías!”, aquí el paciente no expresa una resistencia, sino una involucración en un juego competitivo con el terapeuta que a su vez se involucra en este juego y puede ser que de manera inconsciente, acepta el desafío. “Yo soy el doctor..., a mí no me tomas el pelo”

2.6.3 Las resistencias

Las verdaderas resistencias representan la dificultad por asumir puntos de vistas diferentes, son las recaídas que se observan en la fase en que el paciente ya se siente capaz de pensar y comportarse de una manera distinta. Generalmente el comportamiento que el terapeuta presenta frente a las resistencias del paciente es el del pedagogo. “Eh Eh eh (*con un tono profesional y hablando muy despacio y claro*)... usted no quiere curarse... ¡usted se refugia en una neurosis!... Esta es la misma actitud “negativa” de tratar las emociones negativas como tabú.

Las resistencias, en cambio, se asocian al tema de “exploración”; el terapeuta tiene que tomarlas en cuenta, sin sorprenderse, como unas herramientas que hay que conocer. Se explica al paciente que cualquier cambio es difícil y ninguno de nosotros, lo haría si no se viera obligado. Hay una serie de modalidades automáticas, emocionales y perceptivas, con las que re-establecemos la imagen de nosotros mismos que tenemos “en activación”. Esto es un fenómeno natural y por lo tanto hay que conocerlo, hay que estudiar las formas mediante las cuales de manera automática, por ejemplo, emocionalmente, se reactiva la imagen que en la sesión anterior se había considerado inválida. De manera automática se sigue considerando como extraña una emoción que justo “ayer” se acababa de entender. En lugar de enfadarse por estas cosas, en lugar de incitarse, hacer “promesas que se lleva el viento” del tipo “nunca más lo haré!” conviene entender cómo estos mecanismos se desencadenan para enfocarlos. Por lo tanto, la próxima vez que el paciente considera “ridículo” algo que anteriormente había entendido, en lugar de luchar en contra de esto, conviene explorar cómo esta ridiculez ha surgido y cómo ha llegado a darse cuenta. De que manera ahora le parece inútil lo que acababa de aprender. Esta es la actitud que hay que animar acerca de las resistencias: Estos son *fenómenos de conocimiento* que hay que entender.

Las resistencias tienen que ser analizadas como “invariables de significado”: desde esta óptica pueden ser consideradas útiles. Por resistencia, se entiende la dificultad de entender un tipo de discurso: aunque el paciente, en apariencia, llega a comprender un área de la experiencia, no consigue hacer “uno más uno igual a dos”. Por lo tanto después de haber entendido algo, o sea después que el paciente cambia el punto de vista acerca de algunas cosas... ocurren una serie de sucesos increíbles, acontecimientos catastróficos que le llevan a invalidar lo que había entendido anteriormente. Por ejemplo: la señora que cambia el punto

de vista sobre el marido, cambia la imagen del marido y por lo tanto tendría que estar dispuesta a reconsiderar la relación con él, en cambio, empieza a liarse... no sabe cómo, con el mejor amigo del marido, metiéndolo o metiéndose en problemas, liándola gorda, invalidando aquello que había entendido anteriormente y lo que hubiera podido empezar a hacer, o sea revisar la relación con el marido. Las resistencias, por lo tanto, son cosas que, en esta medida, producen una cierta confusión y por lo tanto no hay que tomarlas en cuenta como desechos personales sobre los cuales desencadenar mecanismos competitivos. Las resistencias son *mecanismos autorreferenciales de mantenimiento de la identidad* que todos tenemos. Solo hace falta mirar la manera en que reaccionamos frente al descubrimiento de una novedad que cuestiona las certezas que habíamos adquirido anteriormente. La primera cosa que se hace es negar la novedad, o sea creer que se trata de una cosa ya vista y sabida. Esto no es un ejemplo de “mala voluntad”, sino un fenómeno que hay que conocer para “apartar” del automatismo. Por lo tanto, las resistencias hay que tomarlas como procesos autorreferenciales del paciente que se vuelven siempre más repetitivos, estereotipados, para mantener a largo plazo la imagen o la coherencia de sí mismo. Son procesos que ocurren dentro de una situación emocional significativa como la terapia que, en cambio, presiona para cambiar aquella imagen. No hay que tomar las resistencias simplemente como procesos de mantenimiento autorreferencial de una coherencia interna de “uso común y corriente”, sino como *procesos de auto-mantenimiento autorreferencial de “urgencia”*; se pueden llamar disposiciones nucleares que la persona pone en marcha para mantener la imagen de sí mismo en un conjunto emocional muy significativo que llevaría al cambio. Por lo tanto, este hecho hay que considerarlo desde esta óptica que proporciona dos tipos de informaciones: en primer lugar, transmite la información de cual es el aspecto que la persona percibe como esencial, inadmisibile, intolerable, dentro del cambio de imagen de sí mismo y que es lo que no consigue integrar emocionalmente hasta el punto de poner en riesgo un conjunto emocional significativo que le importa mucho. La segunda información que proporciona es el tipo, la calidad y la intensidad de la presión que la relación emocional con el terapeuta provoca en el paciente, la presión relativa a una revisión de la imagen de sí mismo. Con respecto al ejemplo de la señora: ella había hecho un buen trabajo con el terapeuta, había sido buena, había cambiado toda la imagen que tenía del marido, hecho que incluso le había costado un duelo que se había trabajado en terapia; había casi llegado a una revisión dentro de sí misma con respecto a la relación con su marido, y justo en este punto, mete la pata. En este caso el dato de que el terapeuta dispone, es el siguiente: el hecho de mirarse desde un diferente rol de mujer en relación con un hombre, con un marido, es algo absolutamente intolerable y inadmisibile para ella; por lo tanto hay que fijarse más en el desarrollo de la terapia ya que hay algo que el terapeuta está pasando por alto. Por otro lado, se nota que la señora, no consigue en ningún modo prescindir de la presión que representa la relación emocional con el terapeuta. La señora entiende que se encuentra en una fase de revisión de la relación con el marido, pero todavía no consigue llegar a decirse: “vale, no lo hago, lo dejo para más adelante...” porque teme perder la relación con el terapeuta... Se ha portado de esta manera, pero no ha dado pasos atrás, se ha puesto en riesgo ella misma, pero sin retroceder. Esto indica el tipo de “recepción” emocional de la que se dispone y que se puede utilizar. Si no se dispone de esta, todo eso generalmente no ocurre. Las resistencias más relevantes siempre implican fuertes significaciones emocionales por parte del terapeuta. Y si la señora no lo acepta... Ella comprende que tendrá que revisar la relación con el marido aunque

todavía no se siente preparada... estamos en septiembre... y está bien... el año que viene lo hará... si tiene tiempo. En terapia situaciones de este tipo ocurren muchísimas veces. Si la paciente no consigue revisar la relación con el marido, significa que esta “parte” es inadmisibles, pero si no vuelve hacia atrás es porque no quiere traicionar al terapeuta. Otra vez se puede ver cual es el aspecto del significado emocional de la relación terapéutica que hay que evaluar.

2.8 Utilizar la relación terapéutica como una perturbación estratégicamente orientada

La cuestión es: ¿Cómo utilizar la relación? El terapeuta puede utilizar la relación únicamente para “devolver” los golpes del paciente, o sea la utiliza solo de manera defensiva para no dejarse atrapar, o puede utilizarla de forma “ofensiva”, o sea utilizar los aspectos emocionales de la relación en curso. Utilizar la relación en una medida defensiva para proporcionar explicaciones, etc., es reductivo, es como no utilizar una gran herramienta de la que disponemos.

Frente a los DAP, por ejemplo, todo el aspecto técnico y estratégico cuenta relativamente poco. Por cierto es importante que se ordene al paciente la manera de pensar, pero todo eso se realiza en función a la manera en que se utiliza la relación emocional. El DAP tiene un gran amor que se modela en función del otro: su lenguaje es solo emocional. Todo el conocimiento que puede adquirir, en una dimensión intelectual, siempre pasa a través del aspecto emocional. La relación se utiliza en una medida *ofensiva* para cerrar los atrapamientos, a veces para meter al paciente en una posición crítica, entra la espada y la pared para que tenga como única opción la de lanzarse hacia cambio. El terapeuta en la óptica de los sistemas complejos, es un *perturbador estratégicamente orientado*. Lleva constantemente el sistema hacia puntos de desequilibrio que le permiten una reorganización. Cada vez que reformulamos, rompemos un equilibrio. El paciente se organiza todas las partes. Por ejemplo: su malestar depende del hecho que presenta síntomas de taquicardia. El terapeuta comenta: “No, el malestar depende del hecho que si alguien te mira a la cara, por miedo a su juicio, te asustas”. De esta forma se crea una perturbación, se rompe el equilibrio. Utilizar la relación como un tema ofensivo, significa utilizar el detonante proporcionado por el aspecto emocional y que el paciente mismo proporciona para manipularnos. Por ejemplo: pongamos el caso de una paciente DAP anoréxica grave, alta 1,80 cm, que pesa 40 kg y que presenta una hemorragia pre-trombosis. Antes de llegar a ser anoréxica era modelo; ella empieza inmediatamente a desarrollar un insistente juego seductivo, de tipo clásico, conmigo. Las anoréxicas siempre lo desarrollan, porque utilizan la afectividad como una prueba: la aceptación del sí mismo coincide con la aceptación afectiva, y además representa una forma de tener el control de la relación afectiva para dominar. Empieza a enviarme cartas, regalos, llamadas, telegramas. Con el paso del tiempo los retos se vuelven siempre más pesados “la guerra es la guerra”. Se pone en marcha una escalada que dura un mes: cada día, me escribe una carta en papel rosa con puntos suspensivos; luego empieza a enviarme telegramas; yo le comento: “intentemos comprender que ocurre. Usted se presenta con una constante actitud entusiasta, y esta actitud solo puede llevar a una decepción inevitable etc.”. Le comento que tiene una constante actitud competitiva “de esta manera está claro que uno se construye una decepción, porque otorga a una persona tanto significado, entusiasmo, etc., hasta el punto de que esta persona se vuelve incapaz de tolerarlo”. Ella contesta con el siguiente telegrama “999 hombres sobre 1000, decepcionan. Usted nunca me decepcionará”. Seguimos de esta manera casi durante

un mes y ella siempre está en escalada y cada vez más sube la apuesta: se llega a un punto crítico en que ella expresa el tema en sesión creando una situación de “doble vínculo”: le ocurre una cosa muy buena, es la primera vez que se enamora, etc. y con el pasar del tiempo esto adquiere para ella un valor de prueba fundamental y si yo le hubiera rechazado, le hubiera confirmado la inaceptabilidad de su aspecto físico y por lo tanto: ¿qué significaba, en esta fase de la terapia, readquirir un peso corpóreo normal? Al mismo tiempo era obvio que si le hubiera aceptado, le hubiera decepcionado porque de esta manera ya no me hubiera vuelto a mirar como su terapeuta “por encima del bien y del mal”, sino como a un hombre como los demás. “El atrapamiento” está representado por su propuesta amorosa ya que ella sabía que no hubiera podido aceptar. En estas circunstancias no quedan muchas opciones. Cuando la competición llega a estos niveles, o se interrumpe la terapia que es un hecho bastante grave (no solo se pierde el paciente sino que él se pone en un posición defensiva sin vuelta hacia atrás), o te queda la última opción, ganar la competición. Ganando la competición se puede crear una perturbación de un cierto tipo que lleve al paciente a una reorganización. De esta manera se lleva al paciente a ver la discrepancia. Por lo tanto, el terapeuta tendría que ser más experto que el paciente en trucos relacionales. La única forma de ganar un “doble vínculo” de este tipo es aceptarlo tal y como se presenta y “devolverlo”.

Yo hice una intervención fuerte, también desde el punto de vista de la forma, enfadándome y comentándole que ya estaba harto de que me tomara el pelo: porque el hecho de que una chica de 25 años, que pesa 40 kg, que no tiene la regla desde hace 5 años y casi no consigue mantenerse en pie, me hiciese unas propuestas de amor, me parecía como si me estuviera tomando el pelo. “¿y si acepto, qué vamos hacer? ¿Vivimos en castidad durante los siguientes 12 años? ¡Si nos acostamos, te puedo romper las costillas! Y por lo tanto lo que tú llamas propuestas de amor es una broma. ¡Me estás tomando el pelo! Yo estoy dispuesto a aceptar propuestas de amor pero...” No quedaban otras opciones, es como decir “hemos estado jugando todo un mes, pero si quieres jugar duro, gano yo, te puedo romper los huesos” De esta manera ella pudo ver la discrepancia. Ella tuvo una crisis muy fuerte. Lloró, salió desesperada dando un portazo, como para decir “nunca más volveremos a vernos”. Después de 10 minutos llamó y me dijo: ¿mantenemos la cita próxima? Sí, la mantenemos!”. A partir de la semana siguiente *nunca más* volvimos sobre este tema. Volvió a terapia y se puso a hablar de su interés por el trabajo, empezó a comer sin que nadie se lo pidiera y la cosa siguió de esta forma. Con esta intervención se le pasó el capricho. Ya han pasado 12 años desde la última sesión de “seguimiento”. Con el paso del tiempo se dio cuenta que tenía una constante actitud engañosa, de cara a la vida y a sí misma: Este es un descubrimiento emocional que se realiza en circunstancias en la cuales el contenido relacional es relativamente escaso. Lo importante es el impacto emocional que se experimenta, la manera de ver “todo de golpe”. Gracias a esta intervención se dio cuenta de que se estaba engañando. Esta se puede considerar una reestructuración. Esta es la única opción de intervención que se puede llevar a cabo frente a una DAP que haría todo para no darse cuenta. Claro es un riesgo, pero no quedan otras opciones. Se produce una reestructuración así tan incisiva que el paciente o se desestructura completamente y aparece un delirio (siendo DAP tiene un frágil sentido de sí mismo), o se reorganiza. De todas formas los riesgos se presentan también en presencia de una interrupción de la relación ya que el paciente puede llegar a ser inatacable; pone otro trofeo en su colección: “Ni siquiera un terapeuta de este nivel ha podido conmigo”. De esta manera es como si se le diera un arma mucho más grande, es como si se le confirmara que

el engaño es algo real. Cuando se interrumpe la relación y el terapeuta comenta: “Yo no puedo contigo, creo que es mejor dejarlo correr...” para el paciente representa un riesgo mucho más grande que llevarle a un máximo nivel de desequilibrio. Un fracaso de la terapia causado por la interrupción por parte del terapeuta, *no es un hecho neutral* para el paciente... es una prueba a favor de la incurabilidad. Es una prueba que le confirma que este modo de ver la realidad está bien, incluso consigue imponérselo a profesionales que tendrían que desmontárselo. Es una confirmación importante, efectiva, fuerte.

2.9 La relación como herramienta para reconstruir los contextos de vida

Nunca me cansaré de repetir que *¡tenéis que utilizar la relación!* la cosa difícil de aprender desde el punto de vista de la profesión y de la manualidad, es ser activos en la relación: la relación es vuestra herramienta, es como si fuera vuestro violín y vosotros los violinistas. La tendencia general es la de manejar la relación como si fuera “la punta del iceberg”, o sea utilizándola lo menos posible. La relación se utiliza sobre todo para que el paciente llegue a ser capaz de entender todas las preguntas que el terapeuta le hace; esto ocurre solo *si se le reconstruye un contexto* en el que pueda entenderlas. Cuando el terapeuta hace una pregunta al paciente y le comenta “cuál es el sentido del sí mismo que has sentido...” y él lo mira con cara sorprendida, significa que no dispone del contexto; o sea que no se le ha proporcionado el contexto para que consiga contextualizar la pregunta y captarla. La habilidad de esta profesión consiste en saber cómo utilizar la relación, o sea cómo crear constantemente contextos mediante los cuales el paciente pueda entender las preguntas que se le formulan; este hecho le permite involucrar las preguntas dentro de sus vivencias personales. El esfuerzo de nuestro trabajo consiste en que para construir los contextos hay que dar muchas explicaciones. Aquí se puede ver la actitud “en la punta del iceberg”: las cosas se explican, pero solo hace falta dar a entenderlas una vez y ya el paciente lo entiende todo. ¡Eh... incluso 700 veces!!! ... este es el esfuerzo... el esfuerzo consiste en hablar y explicar constantemente. El paciente, por ejemplo, proporciona una definición, el terapeuta lo frena, le explica conceptos y hechos pero él sigue sin entender... otra vez vuelve a decir la misma cosa y entonces el terapeuta utiliza su lenguaje, sus preferencias, sus hobbies, los utiliza como una metáfora para que consiga entender la misma cosa... y no es suficiente una sesión: se vuelve a explicar hasta estar seguros que él la asimila y la utiliza como material propio para el razonamiento personal; hasta que él también la utiliza como el terapeuta. El trabajo es éste. Imaginaros la fatiga si en una tarde tenéis 5 pacientes parecidos y que todos se encuentran en una fase inicial de la terapia y en la misma tarde llegáis hacer tres discursos por 700 veces! Cada vez de manera diferente, ni siquiera se puede hacer de manera automática como máquinas, ya que para cada paciente hay que utilizar los contenidos propios a cada uno. El mismo discurso de las relaciones entre concepciones y hechos se puede hacer a un economista, un abogado o un profesor. Frente a un FOB o un DAP, hay que utilizar *para cada uno sus propios ejemplos*, la fatiga es esta. Mediante la relación se pueden crear los contextos que ofrecen al paciente el sentido con que construye las cosas. Este trabajo de moviola (lo veremos mejor cuando tratemos la exploración) se lleva a cabo solicitando al paciente ejemplos en sesión. Imaginemos el caso de un paciente que cuenta un hecho en sesión, el terapeuta permite que él lo visualice en el momento en que lo está contando; del tipo: “mientras usted hacía esto evidentemente estaba pensando en otra cosa, reflexionemos un momento sobre este fotograma”. El terapeuta trabaja para la construcción de contextos.

Le explica, sin decírselo como se hace para recordar una cosa. Este es un trabajo insustituible y continuo. A partir de esto se le hace la siguiente pregunta “cuál es el sentido de ti mismo...”, aquí el paciente ya conoce los pasos que debe aplicar: lo piensa, vuelve atrás, toma una cosa, se fija en la escena, se identifica... de lo contrario no hubiera conseguido hacerlo. Todo el trabajo consiste en crear estos contextos, y para esto no existe una pregunta adecuada, todo es utilizable. Imaginemos un paciente que llega a sesión y cuenta un acontecimiento de fútbol porque es un aficionado, el terapeuta aprovecha para utilizar este relato como una metáfora y una herramienta para que los discursos sean útiles.

P: *¿de donde sacas las metáforas?... o sea, en el caso que no se trate de metáforas muy simples..!*

R: Las metáforas son proporcionadas por los pacientes. Lo que importa es utilizar solo las metáforas proporcionadas por los pacientes, porque al ser suyas, las entienden mejor. Es suficiente escuchar lo que la persona comenta, por ejemplo, una situación llena de emotividad. Mientras el paciente habla de algo, nos ofrece también sus expresiones, sus bromas y las cosas que le importan... estas son las que se tienen que utilizar: las cosas proporcionadas por el paciente! Se toman sus ejemplos; imaginemos que él dice: “Doctor, en una situación de este tipo nunca me portaría así” se razona sobre esto y se intenta cambiarlo: lo que aporta más al terapeuta son los ejemplos proporcionados por el paciente, no hay que inventar nada, solo tienes que tomar en cuenta sus ejemplos. Por esta razón creo que el hilo que hay que tomar en cuenta, siempre está proporcionado por el paciente, y este representa el aspecto no directivo. El aspecto directivo es que el terapeuta sobre este hilo tiene que construir constantemente los contextos, ésta es la dificultad de la operación, y se aprende solo con la práctica, no hay otras opciones.

3 ASSESSMENT (Análisis o exploración cognitiva)

El assessment se lleva a cabo siempre dentro de la relación, es lo que para los terapeutas representa *la profesión pura*. ¿Cómo se lleva a cabo una técnica de investigación? No hay otra opción que entender la metodología de intervención, practicarla e intentarla una y otra vez, guiándote de alguna manera y aprendiendo de los errores. En nuestro trabajo la técnica de assessment es fundamental. La manera mediante la cual el paciente construye el problema etc., la modalidad con que se crea la auto-observación y la conciencia del paciente. El trabajo de auto-observación se facilita mediante la modalidad con la que se formulan las preguntas y se contempla otro escenario. Estas modalidades hay que aprenderlas bien porque representan la esencia del trabajo. Se aprende solo a través de la experiencia, no hay otras opciones. El modelamiento (observar a otro “en acción”) funciona poco.

El assessment consiste en la reconstrucción “piramidal” (Ver más adelante Fig. 3) del problema “x”. En primer lugar se reconstruye el repertorio comportamental y cognitivo. Por ejemplo, con respecto al problema del miedo de un FOB: se reconstruye el nivel conductual, o sea todas las acciones y los eventos asociados con el miedo; todas aquellas representaciones internas, las imágenes, las creencias y los diálogos interiores que acompañan el miedo en estas situaciones y los comportamientos que el paciente pone en marcha en las mismas. Esto permite llevar a cabo una primera operación que ya es una operación terapéutica o sea la *reformulación del problema*.

3.1 La reformulación del problema

Caso: la chica de 23 años que presenta la duda acerca de su hetero- u homosexualidad. (v. supra). Se realiza el análisis del repertorio, se mira el hecho de que nunca ha tenido relaciones ni con hombres, ni con mujeres y luego se reformula “en mi opinión el problema es que usted no se quiere confrontar ni con hombres, ni con mujeres. “ Estoy dispuesto a trabajar con ella sobre este asunto, no sobre otros. La reformulación del problema, después que ha sido negociada y aceptada por la paciente, permite plantear el programa. “Si el problema es que usted no quiere confrontarse ni con hombres, ni con mujeres, se tiene que entender de donde nace este miedo a la confrontación, en qué consiste y qué función tiene para poder intervenir. Se empiezan a reconstruir los temas surgidos en la reformulación para ver en que consiste este miedo a la confrontación. Por lo tanto se realiza otro análisis de repertorio más preciso: se expanden las áreas para comprobar si este miedo se presenta no solo en la vida afectiva y sentimental sino también en otras áreas, por ejemplo del trabajo, el área social y la familia. Se investigan los sistemas de toma de decisiones, las ocasiones en que ha escogido, etc. De esta manera el problema se define y luego se pasa considerar la historia evolutiva, se va a la “pirámide”.

El objetivo del assessment para el terapeuta, siempre es un objetivo de tipo terapéutico. Por una lado, significa obtener informaciones para reconstruir el problema y por otro lado, proporcionar al paciente herramientas de auto-observación que le llevan gradualmente a un mayor distanciamiento y a una mayor conciencia de los aspectos específicos, comportamentales, cognitivos e imaginativos, del problema. Por lo tanto el assessment es la parte central de una terapia, coincide con esta y por lo general ocupa la mayor parte del tiempo en cualquier fase terapéutica. Al principio se intenta entender con el paciente y mediante su auto-observación, cómo el problema se desarrolla en la actualidad. En una fase más avanzada hay que entender cómo el problema, menos presente en el momento actual, se ha planteado y qué función tiene (assessment evolutivo). El assessment involucra mucho al paciente; a partir de las primeras sesiones se proporcionan las herramientas para enseñarle cómo se enfoca una emoción, un comportamiento; luego se le indican las áreas en las que observarse para desarrollar las tareas que se le asignan para casa.

El assesment llega a ser terapéutico si el terapeuta enseña al paciente cómo auto-observarse. Esto es esencial. Un assessment realizado solo en función del terapeuta, y para que él pueda obtener informaciones necesarias para convalidar sus teorías, no le sirve para nada al paciente. El paciente necesita, mientras reconstruye con nosotros el problema, ser “obligado” a auto-observarse, enfocar las emociones, los recuerdos y todas aquellas cosas que le provocan malestar y sobre las cuales, ya desde hace mucho tiempo, ha renunciado a enfrentarse. Tenemos que trabajar mucho en estos aspectos, y tener cuidado: la auto-observación es una herramienta esencial.

3.2 la metodología de auto-observación y la técnica de la “moviola”

La metodología de auto-observación se puede tranquilamente representar con un gráfico (fig. 1). La metodología de base que se utiliza desde la primera sesión no cambia, luego os enseñaré como se desarrolla en las diferentes fases, primera, segunda, tercera y cuarta fase, pero el procedimiento siempre es el mismo, cambia solo la intensidad y la calidad.

El procedimiento básico es: cada situación que se analiza, sea en la primera sesión o en la historia evolutiva, se recompone mediante la serie de secuencias de los eventos correspondientes. Una entera situación se compone a partir de un conjunto de *unidades escénicas*, cada unidad escénica tiene un evento, una acción y reacción con su estado emocional correspondiente.

Figura 1 Descomposición de una situación en “unidades escénicas”

Unidad escénica	Unidad escénica	Unidad escénica
EVENTO X	EVENTO XX	EVENTO XXX
.....+++
ESTADO INTERIOR Y	ESTADO INTERIOR YY	ESTADO INTERIOR YYY

Primer punto: se entrena al paciente a reconstruir todas las situaciones dentro de las correspondientes unidades escénicas con eventos, acciones y estados internos y a poner en secuencias las unidades escénicas hasta que se consigue reconstruir la entera situación. Hecho esto, se entrena al paciente a recorrer toda la escena desde el principio hasta el final y al revés, para que pueda atravesarla en el conjunto como cuando contamos del 1 al 10 y del 10 al 1. Son simples facilitaciones técnicas para que el paciente se familiarice con la técnica de la “moviola”: para aprenderla hay que practicarla. Para realizar esto la técnica básica es el “*zooming*”, lo que llamamos “tomar el fotograma”. El *zooming* se lleva a cabo mediante la utilización simultánea de dos técnicas: el “*zooming in*” y el “*zooming out*” (fig. 2)

Figura 2

ZOOMING IN	ZOOMING OUT
.....
De cerca	Desde lejos
(unidad escénica)	(insertar el contexto dentro de la escena)

El *Zooming in* se realiza tomando una secuencia y fijándose en el fotograma. Al mismo tiempo se enfoca la unidad escénica para sacar y especificar el estado interno correspondiente; luego conviene llevar a cabo un *zooming out*, o sea volver a revisar este fotograma ya que cuando el paciente enfoca la escena, empieza a notar cosas diferentes respecto a lo que notaba antes. Hay que recolocarle en un *zooming* más general, mediante el cual el paciente se focaliza en la escena interna y cambia las conexiones respecto a cómo se las planteaba antes. Esto ocurre tanto cuando se lleva a cabo una primera sesión entrenando al paciente a auto-observarse, como cuando te dedicas al repertorio actual.

A medida que avanzamos con el *zooming*, se añaden otros puntos de vista: se entrena al paciente a mirar la misma escena desde el punto de vista subjetivo y desde el punto de vista objetivo que representa otro tipo de *zooming*; por ejemplo, se comenta: “en esta escena intenta mirarte desde el interior, lo que sentías en aquel momento... luego intenta mirar esta misma escena desde afuera, mira cómo te ves desde afuera...”.

Esto permite al terapeuta proporcionar al paciente otra dimensión, otro punto de vista. Luego vais a ver cómo esta *constante modificación del punto de vista* llega a ser central; el simple hecho de mirar cómo se presenta una situación para cada tema, le proporciona un punto de vista diferente. El terapeuta debe permitir al paciente visualizar cada escena desde el zoom, seleccionarla y recolocarla dentro y luego permitir que la mire desde dentro y desde afuera.

Imaginemos que una paciente te cuenta que no se ha sentido comprendida por la madre y se pone a llorar. El terapeuta empieza a accionar cada unidad de la escena, y nota cómo ella las comenta en términos de pérdida y rabia. Pero si ella toma la escena y la visualiza, llevando a cabo este trabajo, aparece que se sentía decepcionada y no reconocida. Hecho este primer trabajo, hay que realizar el zooming out... o sea recolocar esta decepción dentro de la escena ¿cómo cambia el contexto? Es como descubrir que ésta es otra carta y que si la metes dentro todo cambia. Luego trabajamos con el punto de vista interno y externo. *Punto de vista interno*: ella se siente decepcionada y no reconocida. *Punto de vista externo*: ponte un momento afuera... como te verías hoy... “¿cómo notarías esta niña mirándola desde afuera? ¿Decepcionada y no reconocida? Otra vez se pasa desde el punto de vista subjetivo al punto de vista objetivo, o sea la misma situación se mira desde afuera.

3.2.1 Por qué es el paciente quien debe llevar a cabo la reconstrucción

P: El terapeuta escoge las secuencias de los eventos... ¿pero cuál es el criterio dominante que se utiliza para seleccionar las secuencias de los eventos? ¿Un tema situacional general, un tema personal?

R: Los temas son de dos tipos diferentes: El primer criterio es el del paciente, o sea *la relevancia* expresada por él, que siempre es una relevancia emocional. El segundo criterio es la relevancia considerada de interés por el terapeuta o sea cuando el terapeuta encuentra dentro de la relevancia proporcionada por el paciente una “invariable de significado” y que por lo tanto es de gran interés. El terapeuta tiene que darse cuenta que representa una relevancia también para él. Volvamos a tomar en cuenta el ejemplo que presentaba antes: en sesión aparece el tema de las discusiones con la madre y en función de cómo ella lo trata (lo comenta, tiembla, llora), se nota que es un tema relevante para la paciente. Por lo tanto este tema se hace aún más relevante para el terapeuta ya que en función de cómo ella lo trata, se nota que no es un tema depresivo y por lo tanto hay que tomarlo en cuenta y ponerlo en marcha para mirar que hay una doble relevancia. Es importante que este procedimiento se considere diferente del procedimiento racionalista. La misma cuestión, desde un punto de vista teórico, se puede realizar mediante un planteamiento racionalista, por ejemplo: Imaginemos que el terapeuta es un experto en depresión, y por lo tanto no le hace falta realizar este trabajo para entender que ella no está para nada deprimida: se le comenta inmediatamente esta información: “No es verdad, aquí la cuestión es otra, usted se sentía decepcionada y era el juicio de su madre lo que le hacía sufrir”. El racionalista llevaría a cabo este procedimiento de esta forma, notaría este hecho y se lo contraargumentaría para convencerla que la verdad de este hecho es diferente de cómo ella se lo cuenta. Lo haría de este modo... le soltaría un rollo... que se acabaría al finalizar la sesión. De esta manera le demuestra que puede contarse lo que quiere... que juega con las emociones y lo que saca es una rabia que no existe.

Para nosotros el procedimiento es diferente. La objeción de un racionalista es: “pero si tú ya conoces una cosa desde el principio, ¿cuál es la razón que te lleva a realizar todo este

trabajo? Claro yo lo sé, pero para que el paciente pueda cambiar su punto de vista tiene que *entenderlo él* en el momento en que esta realizando este trabajo. El paciente tiene que llegar a sorprenderse por el descubrimiento emotivo que le lleva a ver las cosas desde otro punto de vista. La cuestión de no proceder por vías directas siempre depende del hecho de que no *hay transmisión directa de la información*. Si el terapeuta le echa este rollo, ella entiende que hay algo que no va bien con la madre, pero la primera cosa que comprende es que es una tonta, y que él le considera una persona de escaso valor (que tú la consideras una mierda) y esto es lo primero que entiende. Luego entiende también que hay algo que no funciona con la madre. El efecto de este impacto emocional se descuida totalmente y sobre todo no se considera que sea ella, la que lo ha descubierto, no se le considera como el *sujeto del descubrimiento*. Mirad no es solo un hecho ético, si fuera así no me importaría nada, lo pasaría por alto... La cuestión es que de este modo no se produce el cambio. El cambio ocurre como una “reorganización espontánea en el interior” porque el terapeuta obliga al paciente (este es el discurso de perturbar) a cambiar su punto de vista y esto ocurre ya que él no puede prescindir de la relación con el terapeuta. Para que esto pueda ocurrir es el paciente el que tiene que realizar este trabajo, de lo contrario no se produce el cambio, ya que no sería ni un cambio semántico, ni un cambio de significado. Esta es la diferencia fundamental con los racionalistas clásicos, o sea que no se realiza una transmisión “directa” de la información.

En un congreso de la SITCC, acerca de este tema, me hicieron una de las mejores preguntas racionalistas, ya que era una pregunta directa, o sea una pregunta de un racionalista “honesto” que no quiere hacer preguntas para meterte trampas, al contrario, era uno que se exponía, y te decía lo que no le quedaba claro: “¿perdona, pero por qué has tardado tres horas para llegar al punto? ¿Hubieras podido decírselo directamente!” y este es el punto.

3.2.2 El pensamiento cambia los pensamientos, las emociones cambian las emociones

Hay un segundo punto que representa un principio clave. El modelo racionalista se basa en un principio que ya se ha demostrado como completamente falso: el principio era que las emociones dependen de las cogniciones y si se cambian las cogniciones, cambian las emociones. Tomando en cuenta el ejemplo de la paciente que presentaba las discusiones con la madre, si se cambian las cogniciones acerca de los litigios con mamá, se cambian las emociones correspondientes: por lo tanto es suficiente enrollarse en una disputa intelectual. El principio que yo quiero presentar, es opuesto: las emociones y los pensamientos son dos sistemas interconectados pero distintos y por lo tanto se puede afirmar que *los pensamientos cambian los pensamientos y las emociones cambian las emociones*. Siendo dos sistemas distintos, aunque asociados, no hay entre ellos un intercambio intramodal, se influyen entre ellos pero como sistemas distintos: el pensamiento puede evocar una serie de sentimientos y emociones que pueden cambiar las emociones pero esto no significa que sea el pensamiento que las cambia directamente. Este me parece un tema fundamental: en el discurso perturbador, se tiene que crear un contexto emocional donde la relación y la perturbación actúan como creación productora de otras emociones que pueden cambiar la configuración emocional de base. Dicho de otra manera: imaginemos que estáis tratando este trabajo acerca de las discrepancias con mamá; la paciente tiene “su” manera de sentir y de percibir esta situación como la continuación emocional de su relación con la madre. Si se lleva la paciente a mirar cosas diferentes en las fotografías o sea a realizar este tipo de trabajo, el hecho de mirar otras cosas le produce otras emociones que le cambian la configuración emocional de base.

El pensamiento cambia los pensamientos: hay un sistema de referencia del tipo que sea, sociológico, lógico, geográfico en el que se evidencian una serie de axiomas. Cuando uno de estos axiomas está equivocado, se corrige y cambian todos los demás.

P: Las explicaciones al paciente hay que dárselas lo menos posible y solo cuando...

R: El terapeuta tiene que dar muchísimas explicaciones al paciente aunque no son estas las que le producen el cambio. Las explicaciones son herramientas que se utilizan para crear un contexto perturbador emocional específico. Representan las herramientas que se utilizan para vincular al paciente. Todo el trabajo de perturbación que el terapeuta realiza para vincular al paciente consiste en bloquearle las salidas para llevarlo a ver las cosas desde otras perspectivas. Y para realizar esto se tiene que utilizar una cosa básica: por un lado, la afectividad emocional del terapeuta; por otro lado, hay que expandir las explicaciones internas proporcionadas por el paciente y de esta manera se le abren otras perspectivas de pensamientos y se le bloquean sus maniobras constantes, sus atribuciones externas, como el hecho describirse como enfermo. Se las bloquea el terapeuta. Es la manera mediante la que vinculamos al paciente y le creamos el contexto que le bloquea y le permite ver las cosas de una manera diferente.

3.3 Tareas

Sobre las tareas: técnicamente, se dan instrucciones muy detalladas. Hay que entrenar a los pacientes a realizar las tareas en base a los temas, a llevar a cabo los trabajos como si fueran micro-cirujanos. Hay que dedicarse a un problema, (por ejemplo en frente a un FOB que tiene ataques de ansiedad en situaciones de atrapamiento), hay que trabajar específicamente sobre esto. Aquí encontramos la directividad. No importan los otros temas, las otras observaciones dentro de otros ámbitos. El tema se toma, se define y luego se mira en las secuencias. (El tema del constreñimiento: qué eventos llevan al paciente a sentirse constreñido, qué imágenes le suscitan estos eventos, qué pensamientos le provocan, y qué recuerdos le evocan).

Hay que contrarrestar enérgicamente la tendencia de los pacientes a realizar las tareas como si fueran diarios, haciendo solo una descripción detallada de los acontecimientos del día: nos no interesa. Si el terapeuta plantea las tareas como si fuera un “querido diario”, un relato de “desahogo”, o si plantea tareas donde todo es significativo, nunca se llega a un nivel profundo. El paciente debe ser entrenado por el terapeuta a dirigirse hacia niveles profundos mediante la autoobservación. Debe recorrer estos niveles de arriba abajo como en una moviola. A partir de un gesto, de una situación, un evento, el paciente, debe asociar la secuencia de imágenes, pensamientos que se desencadenan hasta llegar a los recuerdos de la infancia. Podemos aceptar una modalidad como la de “querido diario” solo al principio de la terapia: por lo tanto hay que advertir a la persona que la metodología para avanzar en la terapia consiste en profundizarla y modificarla, paso a paso, para que llegue a ser más fina. Nunca hay que ser muy complaciente porque, de lo contrario, puede ocurrir que nunca se consiga dejar las tareas “querido diario”.

No llevar al paciente a niveles profundos significa impedirle llegar a un nivel de conciencia que le sirva para distanciarse de algunas emociones que le están molestando y para verlas desde un punto de vista diferente.

Nunca hay que tomar las tareas del paciente como las tareas de la escuela: la tarea la lee el paciente y el terapeuta puede guardarla al término de la sesión. El paciente redacta las

tareas para leerlas personalmente y para sacar una pista que le permita reconstruir e interpretar.

Sobre las tareas hay que insistir mucho, sobre todo con algunas personas. Las tareas representan para el terapeuta una prueba muy importante para reconocer y distinguir los diferentes tipos de personas que acuden a terapia...

Los DAP son aquellos que presentan más problemas asociados a las tareas, ya que casi nunca las traen porque tienen miedo a exponerse. En primer lugar tienen miedo al juicio del terapeuta. La primera cosa que quieren comprobar es si los terapeutas leen las tareas. Y si lo comprueban no las traen. Tienen miedo que (los terapeutas) se fijen en cómo escriben y en los errores que cometen. Este normalmente es el nivel de miedo más superficial que presentan. Hay otra razón para no realizar las tareas: los DAP con más conciencia tienen miedo a exponerse a ellos mismos, tienen miedo a comprobar que no saben hacerlas, a darse cuenta que no han entendido lo que le habéis dicho, a salirse de los temas. El terapeuta no puede aceptar que no las hagan, tiene que explicitarlo. Esto representa una buena ocasión para comentar su sensibilidad hacia nuestro juicio como terapeutas. Frente a los DAP, este es un tema que hay que afrontar, porque siempre se presenta. Ellos nunca admiten que no las hacen por esta razón. Dicen “esta vez no pude, esta vez se me ha olvidado la libreta en casa... esta vez me he cambiado la chaqueta y se han quedado en casa. Pueden seguir de esta manera los siguientes dos años de terapia, sin nunca admitir que sienten vergüenza. Cuando esto ocurre se puede utilizar un tono irónico: “yo casi nunca creo en las coincidencias... es mi problema, eh!!”. A partir de esto se puede comentar el temor que sienten hacia el terapeuta o el temor a exponerse a sí mismos”

Volviendo al ejemplo de la paciente con la duda acerca de su homosexualidad. Para el terapeuta, si ella no trae las tareas, es una preciosa ocasión para exponerle en qué consiste el miedo a la confrontación... consiste en el miedo a confrontarse con uno mismo, a descubrir cosas acerca de sí mismo. Esta es una ocasión demasiado preciosa para pasarla por alto. Aquí se utiliza el nivel de la relación para llevar adelante lo que te has planteado.

P: *¿Qué se hace cuando un paciente comenta abiertamente que no tiene ni ganas de hacer las tareas?*

R: En ese caso no sería un DAP.

P: *Es decir, no cuando un paciente comenta que no quiere hacer la tarea porque tiene miedo a exponerse, sino cuando te explica que no tiene ganas de hacerla porque es demasiado pesada para él...*

R: Tampoco éste es un DAP. El DAP nunca sabe si quiere o no quiere hacerlas, nunca te diría que no las ha traído porque no tenía ganas. Admitir que no quiere hacerla significa estar seguro de algo que se siente... para un DAP es muy difícil. En el caso en que admitiera que no tiene ganas de hacerlos, ¿creéis que, a cambio de ser considerada una persona perfecta, aceptaría presentarse como una persona descuidada?

El que confiesa que no tiene ganas de hacer las tareas es el DEP, “doctor no me toque las narices... , implica demasiado esfuerzo para mí, no me sirve para nada, ya voy a sesión, ¿quiere que haga también las tareas?”

Otros problemas importantes los crean los FOB. Ellos no traen las tareas pero no por el miedo a exponerse, sino porque son superficiales. El FOB tiene la organización más concreta que existe: con un papel y un bolígrafo en las manos se siente perdido. No sabe qué hacer con las tareas. Los papelititos de tareas que trae, muestra que no tienen miedo al juicio.

Llegan con la libreta plegada y solo han escrito dos cositas: por ejemplo, “semáforo domingo por la mañana, cine lunes por la noche”. Esto para ellos significa haber hecho las tareas. “si doctor, domingo por la mañana tuve un ataque de pánico...” “y ¿entonces?” “me sentí muy mal” “si pero qué tenía en la cabeza...” “pues, nada. Usted me dijo que lo anotara y yo lo anoté”. Actúa de esta manera porque es un antiexplorador”¹² Bolígrafo y papel no congenian con ellos. Pero el hecho de que no tiene miedo al juicio es importante.

Los OBS también presentan un problema, nunca hacen el diario. Los OBS entienden inmediatamente los detalles, traen las tareas en formas de “papiros” interminables, convierten la tarea en un ritual.

3.4 Assessment y renuncia a los criterios de objetividad “externa”

El aspecto más complicado (como ya queda dicho a propósito de la relación y diremos respecto a la estrategia terapéutica) al plantear el assessment es la renuncia a *un criterio de objetividad*, que es lo que distingue esta terapia de la terapia “racionalista”. Vuelvo sobre este punto porque es un aspecto esencial también para el assessment.

Lo que diferencia los dos planteamientos es el distinto rol de la *racionalidad*: hoy por hoy nadie se puede definir como racionalista “naif” Nadie cree en la objetividad del mundo en sí mismo. La abstracción que presenta este planteamiento consiste en creer que existe una racionalidad, un conjunto de axiomas universales válidos para todo el mundo, mediante los cuales el comportamiento humano se puede medir y evaluar; desde esta óptica se aplican las categorías “racional” o “irracional”. La renuncia a un criterio de objetividad consiste en no considerar la racionalidad como una entidad absoluta, sino un proceso *relativo al organismo que la emite*. No hay que comparar nunca la racionalidad con principios axiomáticos abstractos; una acción solo se puede comprender haciendo referencia al organismo que la produce y al significado personal del individuo que programa aquella acción en función de su objetivo específico. Se puede afirmar que un comportamiento es racional o no, haciendo referencia únicamente al organismo y no a un conjunto de principios definidos a priori. Además hay que recordar que “racional - no racional” no son sinónimos de “verdadero - falso” aunque actualmente se considera válido en base al sentido común. Hoy por hoy tenemos la tendencia a considerar lo que es “racional” como si fuera “real” y lo que es “irracional” como “irreal”, o sea como una realidad “co-producida”, una realidad distorsionada. Esta utilización de la racionalidad como verdadero - falso es una “idea equivocada” y se debe a haber cosificado la racionalidad y su consiguiente transformación en un criterio de verdad.

Desde la óptica de la epistemología evolutiva, la racionalidad se desarrolla en un contexto evolutivo simultáneamente *a la primacía de la acción*. La racionalidad es un principio que regula la eficacia de la acción. Tiene que ver con la eficiencia, la efectividad, la capacidad de alcanzar un objetivo, y en cuanto tal, no tolera las atribuciones “verdadero” o “falso”. Racional o no racional significa un comportamiento adaptativo o no adaptativo con respecto al significado personal originario.

Por lo tanto, desde la óptica epistemológica no se presta atención a si el conocimiento manifestado por el paciente es “válido” o no... por válido, quiero decir verdadero; por verdadero, quiero decir correspondiente a lo que ocurre objetivamente. En cambio, se presta atención a los aspectos estructurales y formales del conocimiento, no a los aspectos del contenido. Se presta más atención a las modalidades y a los procedimientos que el paciente utiliza para elaborar creencias, que a las creencias en sí mismas. Mejor dicho, más que a cada

creencia en particular se presta atención a los grandes temas de los pacientes, los ingredientes de fondo que el paciente utiliza para realizar cualquier tipo de razonamiento.

Este es un aspecto que racionalmente queda muy claro, en cambio, en la práctica resulta muy complicado. Representa un gran desafío para los terapeutas: en primer lugar, el terapeuta debe poseer una gran *ductilidad* que le permita entender la organización del otro y saber cómo comunicarla sin establecer un punto de referencia fijo, o sea sin invocar un principio de verdad absoluta de la que se haga garante.

Desde este punto de vista es mucho más cómodo asumir un principio de objetividad. El inconveniente es que los terapeutas, comportándose como garantes de una objetividad y como personas capaces de distinguir entre lo que es racional y lo que no lo es, llegan a convertirse en pedagogos. Claro, a veces se puede considerar una actitud legítima. Hoy por hoy este es un enfoque oficial reconocido por el cognitivismo. Lo que importa es que sepamos lo que está ocurriendo y que tengamos las ideas claras acerca de esto. Este aspecto de la racionalidad es sospechosamente demasiado cercano al buen sentido común. Dentro *de un sentido común*, todos se portan como si existiera un mundo objetivo, válido, estable e independiente de los demás. Es una simplificación que para la vida cotidiana está bien. El problema de una terapia planteada de esta forma, o sea de una manera demasiado parecida al sentido común, es que, además de tener un tono pedagógico, muy a menudo llega a ser una terapia de tipo “Donna Letizia”¹³.

Para el terapeuta todo eso tranquilizador porque siente que sigue una dirección, y por lo tanto, puede estar seguro de no cometer graves daños. El terapeuta proporciona consejos conformes al buen sentido común que él mismo vive en su vida cotidiana. Es una seducción, una posición muy fácil para asumir; muy menudo es el paciente que la solicita preguntando al terapeuta si lo que hace es adecuado o no, y poniéndole en una posición *de garante de la verdad*. No hay que rechazar esta posición a priori, se puede asumir en función de nuestro objetivo. Este planteamiento se puede utilizar frente a aquellas situaciones en las que el terapeuta necesita “ceder un poco” para conseguir vincular la persona dentro de un contrato emocional más directo y estrecho. La cuestión es *saber hacerlo*, o sea saber cuándo es adecuado asumir el rol de garante de la verdad, y dar al paciente una respuesta que te está pidiendo: esto facilita un aumento de la confianza por parte del paciente hacia el terapeuta, que le permite pedir a los pacientes otras cosas en otros momentos. Es un tipo de intervención que se puede realizar solo si se plantea de esta manera: pero hay que saberlo y no hacerla para salir del paso por no saber cómo resolver una cuestión.

Por lo tanto cambia la forma de proceder en la investigación. La metodología cambia en base a si el terapeuta se plantea o no el problema de la objetividad (existe un orden externo que permite medir el mundo objetivamente); en este caso la entrevista llega a ser *una investigación policial* acerca de los hechos. Se busca la objetividad de las cosas. Con respecto al caso de la chica con la duda acerca de su homosexualidad, la objetividad llevaría a comprobar si efectivamente existe un problema de homosexualidad (investigación detallada: por ejemplo si la chica a los 15 años se masturbaba y qué fantasías tenía). Si no hacemos caso a la objetividad, el objetivo de cuándo se formulan las preguntas llega a ser el de reconstruir la manera en que la chica piensa (a partir de esto no tenemos el problema de comprobar si su manera de pensar corresponde a una realidad externa y objetiva; seguramente no se corresponde ¿por qué debería corresponder?). El problema por lo tanto no es entender si este planteamiento es verdadero o no, sino cómo *se lleva a cabo*. Siempre se utiliza la óptica

según la cual *cualquier comportamiento del paciente, verbal o no verbal, hay que entenderlo como una información que aporta sobre él* (no como un dato de realidad). Imaginemos que un paciente cuenta a un terapeuta que la mujer le pide “que le pase la sal” y él le rompe la cabeza; yo me pregunto: ¿Qué imagen tiene de sí mismo una persona que llega a romper la cabeza a su mujer por una razón como ésta? ¿En qué medida llega a ser intolerable para él esta solicitud? Una persona que considera intolerable que su mujer le pida que le pase la sal ¿cómo puede ver el mundo y los demás?

Nuestra actitud no consiste en la búsqueda de la verdad (analizar las correspondencias entre el relato de la realidad y la realidad). El problema consiste en buscar dentro de los relatos del paciente, los componentes de significado personal en función de los cuales, interpreta el mundo y a sí mismo.

Todas las preguntas adicionales en las que se despliega el discurso, por lo tanto, tendrían que ser formuladas a partir de este planteamiento. En consecuencia, la manera de llevar a cabo una entrevista cambia en función de la mayor o menor actitud de objetividad. Con respecto al señor de la sal, se analiza inmediatamente qué significa la agresividad para él, como la percibe y qué significado atribuye a la agresividad de los demás. Aquí se manifiestan los significados de la organización personal. En el supuesto que la solicitud de la sal para este señor signifique una manifestación de resentimiento por parte de la mujer ¿Esta expresión de resentimiento qué le suscita? ¿Un sentido de peligro (fóbico)? ¿De pérdida (depresivo)? De invalidación personal? ¿Un cuestionamiento de las certezas (obsesivo)? Otra vez volvemos a los significados organizacionales, o sea volvemos a una manera diferente de ver las cosas con respecto al planteamiento racionalista.

P: *De todas formas me parece que en tu planteamiento se utiliza un criterio “tuyo” de objetividad, en la medida en que se confronta la incongruencia de las cosas que el paciente trae con algo que para ti es congruente... haciendo referencia al caso de la chica homosexual, por ejemplo, el problema se reformula según el criterio del terapeuta y no según lo que ella dice...*

R: Claro, mi criterio representa el punto de vista no eliminable que tiene un observador. El problema es especificarlo...o sea mi punto de vista no se puede considerar un criterio de objetividad sino solo el punto de vista de un observador que es algo inalienable. Se pueden tomar en cuenta varios puntos de vista, por ejemplo, se podría tomar en cuenta el criterio del “buen sentido común”. *El punto de vista que yo tomo en cuenta es el punto de vista del observador “animal-hombre” desde la óptica de la epistemología evolutiva.* Este punto de vista no hay que tomarlo en cuenta como si fuera un “hecho” sino como un enfoque que considera el *hombre como un primate con desarrollo del lenguaje* y del pensamiento reflejo, pero siempre como un primate. Los primates presentan emociones con un fuerte componente biológico, emociones que van seguidas de actividad consumatoria (agresividad, sexualidad, beber, comer, etc.). Estas emociones biológicas son difíciles de controlar desde el punto de vista central y están menos influenciadas por la mediación cognitiva respecto a otras emociones como, por ejemplo, la nostalgia etc... Como prueba de ello, los etólogos afirman que una emoción biológica, asociada a conductas consumatorias, una vez activada, sigue su curso. Por lo tanto, solo se puede intervenir sobre el desplazamiento de las conductas consumatorias. Desde este punto de vista la duda de la chica sobre su homosexualidad se convierte en ¿qué técnicas ha utilizado para desplazar estas conductas consumatorias)?

P: *Desde esta óptica no existe la sublimación*

R: No creo que la sublimación se pueda interpretar como la explicaría un psicoanalista: un impulso biológico es como el comer. Si alguien intenta sublimar el hecho de no comer, muere.

Por ejemplo, acerca del tema de la sexualidad: hace 12 años tuve como paciente, una chica obsesiva clásica... La madre la duchaba ya a los 4 o 5 años con formalina; le impedía ir al servicio después de que hubieran ido el padre y los hermanos, ya que los espermatozoides podían estar rondando por ahí. Era una familia muy religiosa... Tenía dudas religiosas... Apartó todo el tema sexual de su vida... Sorprendentemente no tuvo ningún problema ni durante la pubertad, ni en la adolescencia: para ella el sexo no existía y punto. Era una OBS-DAP muy activa en el trabajo. Hasta los 40 años nunca tuvo ninguna relación con nadie, ni siquiera a nivel de fantasías; era de las que se pueden llamar un “sargento de hierro” tal y como pasa con muchos obsesivos. En la escuela era de las que daban miedo: mandaba a todos aunque fuera la más joven. Nunca había ido a cenar o a tomar café con un hombre. Vivía con la madre y era muy ingenua, ni siquiera conseguía entender cuando un hombre le intentaba seducir y cuando, en cambio, tenía otras intenciones. El “accidente” le ocurre a los 40 años: un profesor de la escuela intenta seducirla abiertamente. Ella no se da cuenta del intento de seducción y una noche acepta ir a cenar con él. Después de cenar, van a dar una vuelta en coche y él intenta ponerle la mano encima... Ella no se extraña del intento, ya que ni siquiera sabe qué significa tener una experiencia con un hombre, sino que se escandaliza en base a las enseñanzas de la madre (los hombres son todos unos cerdos, son malos... etc... etc...). Su gran problema es que la situación le empieza a gustar; probablemente era su primer orgasmo. Y desde aquella noche se le plantea el problema de explicarse porque le había gustado. A partir de este acontecimiento se desencadena un delirio persecutorio: la experiencia le había gustado solo porque él le había drogado, ofreciéndole un cigarro e insistiendo en que fumara; incluso, en un momento puntual, en que ella se había distraído, le había metido algo (alguna droga) en la sopa.

Este es un ejemplo para explicar que un discurso como la sexualidad, siendo un impulso biológico, se puede sublimar hasta un cierto punto. Para no pensar en algo hay que “excluir activamente” algunas cosas de la percepción consciente. Esto ocurre porque, cuando una persona percibe algo, aun sin quererlo, cualquier intento de sublimación fracasa y por lo tanto se presenta el problema de canalizar esta percepción involuntaria en una imagen de sí mismo que el sujeto no acepta. La fuga delirante permite *relacionar esta imagen contigo, sin atribuírtela a ti mismo*; esta paciente se quedó estable en esta línea (desde entonces transcurrieron 12 años). La vi una sola vez... Era absolutamente impermeable a la psicoterapia. Los obsesivos tienen una predisposición a los desplazamientos psicóticos. Actualmente ella vive en un delirio psicótico erótico: todo tiene un significado sexual. Su actitud es la de no asimilar y considerar como extrañas todas las emociones sexuales que desde entonces no puede evitar sentir. Las emociones que derivan de una base biológica están menos influenciadas por la mediación cognitiva.

3.5 El Assessment “racionalista” y “no racionalista”

3.5.1 El Assessment como correspondencia palabras - creencias (racionalismo)

Este problema de la objetividad se presenta también dentro del assessment, o sea la reconstrucción del repertorio comportamental y de las categorías cognitivas que sujetan el

repertorio comportamental de la persona. Si se presupone que existe un criterio de objetividad, se asume que las palabras de las personas corresponden a sus creencias. Es el famoso *isomorfismo* palabras - creencias. Es un tema que ya hemos tratado: dentro de una terapia cognitivo-conductual que consiste en un aumento del auto-control, este mismo objetivo se consigue mediante la utilización de técnicas de persuasión que permiten modificar los aspectos verbales de la representación interna, de los diálogos interiores y de las imágenes que fluyen, o sea a través de *una modificación de las estructuras de representación superficial del significado*. Frente a un DEP, por ejemplo, no se trabaja sobre el significado de “pérdida”, sino sobre las formas que esta pérdida asume para comprobar si, dichas formas, son conformes y exactas; es decir: dentro de la frase “seré infeliz toda la vida” se analizan las formas, si es una generalización o un inferencia arbitraria, etc., etc. Es obvio que, de esta manera, se asume que la palabra y la frase dicha corresponden tal cual a las creencias de la persona. Procediendo de esta manera se pueden crear mapas de creencias que nunca se acaban. Es una tontería: la creencia es única y corresponde al significado personal. Por ejemplo: a partir de la creencia “el mundo es peligroso” un FOB puede sacar una cantidad infinita de creencias para cada acontecimiento, tanto si se encuentra cerrado en un ascensor como en un supermercado. Un aspecto típico del análisis cognitivo tradicional es considerar las palabras como *correspondientes* a las creencias: cada locución corresponde más o menos a una creencia; por lo tanto se elaboran estrategias para empezar a disputar cada una de las creencias y se desencadenan discusiones para demostrar que aquello es irracional, que se puede decir de otra manera y que si se enfoca de otra manera es más adaptivo y permite entender mejor las cosas.

3.5.2 Assessment como modalidad de reconstrucción “indirecta” de los datos (post racionalismo)

Nuestra actitud es mucho más indirecta; toda la estrategia de reconstrucción de los datos se basa sobre esta *indirección*, o sea sobre el hecho que cualquier actitud, palabra, frase es una faceta, un aspecto particular de un significado personal unitario que el terapeuta debe captar. Cada detalle, frase o acto, es una manifestación de la misma invariante de significado. En el caso de un DEP que hace comentarios sobre el tema de la inutilidad de su vida... un terapeuta ortodoxo racionalista se dedica inmediatamente a corregir los aspectos irracionales de este relato de pérdida e inutilidad. Un terapeuta “estructuralmente” orientado, en cambio, explora estos temas, solicitando detalladas explicaciones: recoge 20 expresiones, frases y conceptos sobre las pérdidas y busca un elemento común entre estos 20 conceptos; busca *el mínimo común denominador igual para todos*, y este denominador empieza a ser una estructura de significado personal invariable de nivel tácito. Esto es lo que confiere una forma diferente a las cosas en base a las sucesivas experiencias, aunque el significado sea siempre el mismo. Todo es un reconstruir indirecto: por ejemplo, ¿Cómo se recogen los datos en una primera entrevista con un FOB? El tema es reconstruir todo el repertorio que le genera ansiedad.

El análisis comportamental se lleva a cabo con el mismo rigor en ambos casos, pero con diferentes objetivos o principios, y se realiza así porque *mediante las acciones se captan las emociones, las creencias y las intenciones*: si el paciente no se da cuenta de éstas, significa que no las monitoriza. Antes se desarrollaba un análisis conductual detallado para observar las conexiones entre E - R; en nuestro caso el análisis se lleva a cabo para recoger un primer

conjunto de datos indirectos que permite describir el abanico de las emociones de la persona. Las emociones siempre se asocian a las acciones y de todas formas siempre se observan a partir del comportamiento, aunque la persona que las siente no se dé cuenta de ello.

Un terapeuta racionalmente orientado con respecto a esta recogida de datos acerca del paciente FOB, se preocuparía únicamente de explorar el nivel de consistencia objetiva de los peligros que cada situación presenta; tomaría en cuenta cada situación como si fuera una creencia. Por ejemplo, situación: “no puedo quedarme cerrado en un ascensor porque me ahogo”; esta frase se analizaría en función de la consistencia del peligro objetivo con respecto al peligro percibido subjetivamente por el paciente; esto significa que el terapeuta intenta buscar otras situaciones en las que el paciente se ha asustado mientras se encontraba encerrado en un ascensor. Por ejemplo, tuvo tres traumas: la primera vez se quedó encerrado en uno cuando era pequeño, una segunda vez le pasó a los 20 años, y la última vez le ocurrió ayer. Se buscan los procesos de sensibilización, los procesos de modelamiento cognitivo que le confieren la idea que allí efectivamente hay una creencia irracional.

Un terapeuta no racionalista toma en cuenta todo el repertorio o sea analiza con cuidado todas las acciones y solicita la descripción de las situaciones prestando mucha atención a los detalles, por ejemplo, quién es su acompañante preferido, si es la mujer, etc. Para este tipo de terapeuta, los detalles son significativos... busca la gama emocional de la persona. Por ejemplo, el terapeuta se da cuenta que el paciente no sale sin que la mujer le acompañe, y este dato le orienta a preguntarle qué tal le va con la mujer); un FOB le podría contestar que con la mujer las cosas van muy mal y que se sentía mucho mejor cuando estaba soltero. Este es ya un tema muy preciso para desarrollar: este hombre presenta un apego con la mujer; sin que él se dé cuenta, la mujer representa para él una figura protectora muy significativa, aunque actualmente niega completamente este aspecto.

Un terapeuta estructuralista por lo tanto se orienta a tomar en cuenta rápidamente todas aquellas situaciones de peligro, en función de las emociones correspondientes; para el terapeuta las situaciones de peligro sirven para reconocer qué forma tiene, para este paciente, la imagen de una realidad amenazante como un peligro físico: *sirven para reconocer su invariante*.

Luego el terapeuta tendrá que prestar mucha atención a todas las situaciones que hay detrás; tendrá que prestar mucha atención al balance de las situaciones afectivas de su vida y cómo, actualmente, se ha roto este equilibrio entre el sentirse protegido y el sentirse expuesto a una realidad amenazante. Después de haber llevado a cabo un breve análisis del repertorio comportamental, hay que fijarse en el desarrollo de las situaciones asociadas al balance afectivo, la relaciones con los hijos, con la mujer, padre, madre, etc. y analizarlas en función de las situaciones peligrosas.

Es una forma diferente de proceder ya que el objetivo consiste en permitir que la persona pueda llegar a ser consciente de todas aquellas emociones que experimenta sin ser capaz de descifrar. El terapeuta busca la manera de enganchar al paciente, por ejemplo, intentando comprender si existe un problema de apego con la mujer, percibido como un atrapamiento o hay algo más; luego se empieza a trabajar con las tareas de auto observación para que el paciente se familiarice con estas cosas y empiece a percibir otros aspectos de su comportamiento con la mujer etc.

Un terapeuta racionalista, en cambio, trata de analizar la consistencia de cada una de las creencias expresadas por el paciente, y luego discutir las una por una, proporcionando, a

la vez, instrucciones dentro del diálogo interior; estas instrucciones son puros trucos psicológicos.

Dentro de la reconstrucción de los datos, la *indirección* incluye tanto los datos actuales, como los datos ya examinados, reconstruyendo tanto los repertorios actuales, como los datos de la historia pasada.

Para la historia pasada, por ejemplo, se proporcionan datos primarios en forma de acontecimientos (cuando tenía 5 años papa me regañó por tal o cual cosa). En primer lugar, en la historia pasada ningún acontecimiento se considera verdadero en sí mismo, sino como una información acerca de lo que ha afectado a esta persona. La recogida de datos sobre este acontecimiento siempre es indirecta: el terapeuta tiene que reconstruir el contexto mentalmente, o sea recolocar el acontecimiento, que el paciente cuenta, dentro de la situación familiar; imaginarse cómo era el personaje que hay detrás de un padre que reprochaba de esta forma, de qué valores y concepción de la vida y del mundo este padre era portador, qué tipo de familia era y qué significaba *aquel* reproche en *aquella* familia y que significaba *para él*, significado que probablemente desconoce todavía.

Hacer referencia a un modelo terapéutico facilita este trabajo de *reconstrucción indirecta*... No olvidéis que *los modelos sirven al terapeuta, no a los pacientes* ¡espero que esto quede claro! Un modelo claro, o sea un modelo que describe todas las fases a partir de la infancia, adolescencia... etc., cómo en cada fase se transforman las relaciones entre padres e hijos, qué ocurre en la pubertad etc., permite al terapeuta reconstruir los contextos en base a los relatos de los acontecimientos proporcionados por los pacientes. El acontecimiento en sí mismo asume el significado que el terapeuta le atribuye (en función del modelo). El conocimiento de los modelos de desarrollo infantil sirve para recrear la situación contextual del pasado asociada al significado de la familia; esto es lo que ofrece una información acerca del significado que aquel niño atribuya a aquel reproche. *Los acontecimientos en sí mismos no significan nada. Adquieren un significado solo dentro de un contexto específico.* Dentro de un contexto FOB, por ejemplo, un reproche puede resultar como si fuera una palabra de estímulo. En una familia FOB de tipo John Wayne, western salvaje, un reproche es como tratar un hijo como hombre, es decir: “¡Eres un hombre igual que nosotros!” ésta es una afirmación positiva. Para una familia DAP, en cambio, un reproche significa una invalidación, aunque aparentemente el acontecimiento (el reproche) parezca el mismo, incluso se pueden utilizar las mismas palabras, el significado que le atribuyen las dos familias, cambia totalmente: para una familia DAP un reproche significa “Tú no vales nada”.

3.5.3 Evocación de recuerdos repentinos: esquema emocional, memoria episódica y memoria semántica

P: *El significado del acontecimiento relatado por el paciente tiene que ver también con el tipo de relación que el paciente ha instaurado con el terapeuta en aquel momento... y por lo tanto hay que relativizarlo en función de la situación que hay entre terapeuta y paciente; ¿podría resultar significativo el hecho de que él insistiera sobre ciertos acontecimientos porque en este momento la relación contigo le lleva...?*

R: Este paralelismo se presenta siempre (aquí se puede notar la interconexión entre los niveles terapéuticos) y reproduce bastante bien la evolución de la relación que el terapeuta desarrolla con el paciente, como mínimo reproduce la evolución de cuanto él te percibe como una “base segura” que le permite explorar cosas inexplorables. Este paralelismo ofrece una

retroalimentación de este tipo, o sea en qué medida el paciente confía en el terapeuta... obviamente cuanto más confía en el terapeuta tanto más pueden aflorar recuerdos imprevistos que nunca antes había vuelto a pensar; ocurre muy a menudo.

P: *¿Imprevistamente durante la sesión?*

R: Muchas veces ocurren también durante una sesión.

P: *¿Sin que nadie los solicite?*

R: Muchas veces sí... pero es más frecuente que ocurran durante la pausa semanal entre una sesión y otra.

La aparición de recuerdos imprevistos tiene un significado muy importante porque señala varias cosas: en primer lugar es una confirmación de confianza hacia el terapeuta. Pero sobre todo significa que está ocurriendo una reorganización. Depende también del tipo y la entidad del recuerdo. Cuando se habla de la infancia, la evocación de recuerdos repentinos asociados a épocas como la infancia, pubertad, adolescencia, indican casi siempre una reorganización y un cambio de óptica en curso.

Un recuerdo repentino no puede aflorar sin que ocurra una *restructuración o reformulación* (reframing) dentro de la memoria.

La memoria se compone de *esquemas emocionales*, cada esquema se compone de una serie de sentimientos e imágenes, con todas las conexiones. Ya he citado la distinción entre *memoria semántica* y *memoria episódica*¹⁴ la memoria episódica se refiere al contenido, o sea a las imágenes individuales de los recuerdos; la memoria semántica es el significado explícito, cognitivo mediante el cual la persona ha categorizado, como si fuera un “marco” (frame), el almacén donde se coloca el recuerdo. Si se evoca un recuerdo repentino significa que las diapositivas puestas dentro de la memoria semántica adquieren una nueva relación, o sea se combinan entre ellas de manera diferente como ocurre con un calidoscopio. Muestran otras cosas. Para que este fenómeno pueda ocurrir hay que *cambiar el marco semántico* para que se puedan crear nuevos acoplamientos. Por lo tanto un recuerdo repentino señala que está ocurriendo una reorganización y que se potencian algunas modalidades de categorizaciones y por lo tanto permiten una recombinación de las imágenes entre los hologramas.

Se pueden ver cosas diferentes aunque los datos son siempre los mismos (la misma mamá, la misma casa). Todas las terapias exitosas, en general, producen un cambio no solo superficial (de estructuras semánticas superficiales) sino un cambio profundo en la manera de ver las cosas, un cambio de óptica. Se llega a una mayor articulación, abstracción, a una reorganización del significado personal: en la fase final de la terapia siempre emergen recuerdos repentinos; no importa si parecen triviales, lo que importa es que el paciente ahora consiga recordar lo que antes había olvidado.

Pongamos el caso de un FOB que descubre, mediante recuerdos que tenía de pequeño, que el padre era fóbico (lo trataré también en los capítulos siguientes¹⁵). Para el terapeuta, que ya lo suponía a partir de la primera sesión, puede parecer un dato obvio. Para él, que no lo sabía, representa un descubrimiento que le lleva a un cambio de nivel. Tenía un recuerdo angustiante: un día los padres y el hermano mayor se fueron de viaje y lo “abandonaron” en casa de la tía. Para él fue una noche trágica en la medida que se creía que nunca más volvería a verlos, se había sentido abandonado. Para este paciente, el máximo nivel de la fobia era el miedo a subir al avión y el sentido de peligro; el pánico que experimentaba cuando se encontraba en un avión era el mismo que había sentido aquella noche en casa de la tía. Desde hace poco tiempo el padre le viene a visitar (actualmente vive en el extranjero) y en esta

ocasión el paciente descubre que es fóbico; descubre también que aquella noche, él no fue casualmente abandonado, sino los padres se fueron porque el padre tuvo un ataque de pánico. El padre antes de irse de viaje, siempre se iba a urgencias para que le dieran consejos, instrucciones y Valium. Era un ritual preparatorio para cada viaje. Dentro de este ritual el problema había sido representado por no llevar al niño a urgencias para no permitir que se asustara. Este hecho ha sido reconstruido por el paciente mediante el recuerdo de la imagen del padre que, cada vez que tenía que irse de viaje, empezaba a hacer listas y a visitar médicos. La madre le confirmó todos los hechos. Este descubrimiento le ha afectado mucho: a los 37 años descubre que este recuerdo que para él significaba un abandono “estoy solo en el mundo” era una fobia del padre; este nuevo recuerdo le lleva a otro miedo (un cambio de nivel) “entonces soy igual que mi padre” y a partir de esto se deprime, en este caso se puede notar un cambio en las emociones, un desplazamiento de abstracción.

P: No acabo de entender qué tiene que ver este descubrimiento, o sea que el paciente reconstruye el recuerdo del padre que se iba de urgencias con el discurso del abandono. O sea ¿qué tiene que ver este recuerdo con el abandono?

R: Tiene que ver en la medida que él se ha reformulado este recuerdo.

P: Si pero no acabo de entender la conexión. ¿Qué cambia?

*R: Cambia completamente todo. Tiene que ver mucho porque si no se dispone de este dato, se queda un discurso que vale como un acontecimiento en sí mismo, una fotografía de lo que se ha visto. En este discurso hay una separación: el niño que se encuentra solo en casa con la tía y los padres que se van a dar la vuelta al mundo. Éste es el dato primario que se recuerda; luego si a un acontecimiento como éste, se le da un “marco” de *abandono hacia ti*, significa “mis padres son fuertes, sanos, pueden dar la vuelta al mundo, se divierten y viven la vida, yo, en cambio, por algunas razones, no sé cuáles, soy frágil, débil, no amable, etc. No puedo ser asociado a esta realidad de mis padres y por tanto me siento excluido del mundo”. En la imagen hay esta situación de separación de los padres. El abandono es el marco con que se define la situación... la imagen que tenía antes... En la actualidad, después de haber llevado a cabo un trabajo sobre sí mismo durante 8 meses, este descubrimiento, o sea que el abandono se asocia a una debilidad del padre y que por lo tanto el problema para la familia era esconderle este drama neurótico, le cambia completamente el marco, le proporciona otro punto de vista sobre sí mismo. El abandono no es una característica de la imagen, es su marco. Es la manera en que recompone las partes.*

P: El abandono entonces es una emoción, un sentimiento, es el sentirse solos... luego, el significado que se atribuye a esta emoción y cómo te la explicas a ti mismo, te puede llevar a pensar que te han dejado porque no mereces formar parte de este mundo, etc., pero la emoción “abandono” se queda y, por lo tanto, ¿el significado que atribuyes a la emoción, cambia? El hecho que el paciente descubre que el padre es un fóbico, que antes de irse de viaje tenía todas aquellas necesidades de certezas, no me acaba de explicar el hecho, o sea cómo el abandono se asocia a los viajes. No acabo de relacionarlos...

R: El hecho que no acabas de asociarlos es porque parece que consideras el abandono como un hecho objetivo.

P: No, como un hecho subjetivo para esta persona.

R: La subjetividad depende de cómo el sujeto recompone las imágenes. Las imágenes son fotografías; el abandono es el marco, la manera con la que se recomponen las secuencias de imágenes de los datos perceptivos. Si se cambia el marco, cambia el “sentido de sí mismo”.

De esta manera la emoción puede cambiar. El punto es analizar si *el abandono pertenece a la imagen o si pertenece a la manera de ver las cosas y de recomponer las imágenes*. El abandono es el punto de vista del sujeto como observador de sus contenidos, pero no pertenece a los contenidos. Cuando somos adultos esto puede pasar muy a menudo, por ejemplo: imaginemos una relación “x” que se acaba a los 15 años y tú sientes que has sido dejado por tu pareja. Después a los 25 años lo ves de manera diferente. El acontecimiento en la práctica fue el siguiente: el llamó y te dijo: “es mejor que no estemos juntos”, pero tú no sabías cómo salir de esta relación y habías llevado al otro miembro de la pareja a cortarla. A los 15 años no te das cuenta, pero a los 25 años sí, porque el marco ha cambiado y por lo tanto no te sientes abandonado tal y como te habías sentido abandonado 15 años atrás. Tienes recuerdos de la sensación que sentías en aquel momento pero de manera diferente, por ejemplo, como un hecho duro que habías tenido que vivir para volver a ser libre de una relación que no necesitabas para nada. A los 15 años, en cambio, lo habías vivido como una desesperación. Los acontecimientos, las imágenes y las situaciones son las mismas: pero ha cambiado el marco con que los compones.

3.6 De las acciones a los relatos y al significado personal

El tema de la *indirección*¹⁶ del Assessment es un discurso bastante complicado. Para representarla hay que verla como “escalones”. Imaginemos un sistema humano organizado a niveles de tipo piramidal (Fig. 3)

Figura 3

NIVEL 3	INVARIANTES “SIGNIFICADO PERSONAL” ➤	TEMAS EMOCIONALES DE BASE
NIVEL 2	NIVEL DE RELATOS ➤	CONCIENCIA DEL SI-MISMO EN CURSO
NIVEL 1	NIVEL MOTÓRICO (ACCIONES)	COMO LA PERSONA “AVIENE” “DEVIENE”

- 1) *Nivel motórico*, acciones y actitudes;
- 2) *Nivel de relatos* explícitos, nivel que coincide con la conciencia en curso del sujeto;
- 3) *Nivel de las invariantes de significado personal*, muchas de las cuales pueden ser desconocidas por el sujeto.

El trabajo de reconstrucción indirecta se lleva a cabo a escalones pasando del nivel 1 al nivel 3. Se sube al nivel superior: el dato del comportamiento de que se dispone en esta fase sirve para proporcionar una información sobre el nivel superior que le regula.

Lo que se puede notar dentro del nivel 1 como secuencia alejamiento-acercamiento dentro de una relación afectiva, son acciones (es un nivel motórico). Las acciones siempre se asocian a los relatos de la persona que las explica (acción en sí misma más el relato). A veces no se solicitan relatos de acciones para dar más espacio a los aspectos no verbales y

emocionales de la acción: desde una óptica estructuralista este aspecto es lo que más interesa; las acciones se interpretan como alarmas indirectas que señalan las emociones experimentadas en un momento “x”, más de lo que podría indicar el concepto de la racionalidad o no racionalidad de la misma acción. El relato proporcionado por la persona aporta informaciones sobre las categorías conscientes o sea la imagen de sí mismo que la persona asume conscientemente. A partir de las emociones reflejadas en las acciones, se obtienen dos datos: en primer lugar en qué medida el paciente “las conoce”, nivel de conciencia de las emociones por parte del paciente (nivel 2). En segundo lugar proporciona informaciones acerca de los aspectos emocionales de base (nivel 3). Mediante el relato de una acción x, se reconstruye que el sujeto se había enfadado ya que salió del coche dando un portazo. Pero él no lo relata, en cambio, da otras explicaciones acerca de la acción: ésta es una información acerca de las categorías conscientes a las que el sujeto se refiere y del nivel de agresividad y rabia que él desconoce. Esto explica el nivel de discrepancia interna llevado por el sujeto: el sujeto experimenta muchas emociones que no puede ni controlar, ni monitorizar.

Todo es indirecto: una acción o una secuencia de acciones con un comportamiento “y” señalan las emociones que hay detrás, el nivel de control que esta persona lleva sobre las emociones y cómo las canaliza hacia el exterior.

Un relato es un valor informacional indirecto: más que analizarlo como si fuera una creencia objetiva, nos indica las categorías consideradas reales por una persona y cuál es la representación de la imagen de sí mismo de esta persona. Por lo tanto la utilización y la recogida de estos datos son importantes, porque sirven para reconstruir datos indirectos no directamente observables tal y como la representación de la imagen de sí mismo de un sujeto, las invariantes de significado, etc.

Se trata siempre de la misma dicotomía de *extraer datos no observables a partir de datos observables*, representados por las acciones y los relatos. Los datos observables son aquellos que proporcionan informaciones acerca de los datos no observables: los datos no observables representan el objeto de nuestro trabajo ya que son los que presentan “problemas”. Es difícil que un relato no se exprese por completo; en estos casos, hay una información muy importante acerca de la intención de renuncia completa por parte del sujeto a cualquier intento de ordenar un área del sí mismo. Es una información altamente significativa.

P: *¿Existen unas regularidades dentro de estos diferentes niveles?*

R: Las regularidades existen solo a nivel teórico, por ejemplo, el conocimiento teórico afirma que estos tres niveles se superponen uno al otro (overlapping). *Las acciones son unas señales, espías de las emociones, mucho más que los relatos que las personas traen a terapia.* Esta es una regla fija. Incluso, cuando una persona habla de una emoción, proporcionándonos un relato detallado acerca de las emociones, nos centramos más en la observación directa de las acciones que hace la persona cuando dice sentir aquella emoción. Porque las explicaciones proporcionadas por la persona acerca de una emoción son las teorías que esta persona tiene sobre sí mismo cuando siente aquella emoción. Si se presta atención a las acciones que la persona manifiesta, esto se puede observar directamente.

P: *¿Cuándo hablas de acciones quieres decir “lo que hace” una persona en terapia?*

R: Sí, siempre. Incluso se puede notar a partir de los relatos. Mediante los relatos la persona cuenta lo que hace, y por qué lo hace. Por ejemplo, una persona puede contarte que cuando se aclaró la situación con su mujer y a partir de cómo trata el tema, o sea del relato que expone, se nota que presenta un nivel muy alto de agresividad (despierta a la mujer a la

5 de la mañana con un tono injurioso); él, en cambio, dice que era honesto y que quería aclarar bien las cosas con la mujer; afirma que no hay ningún resentimiento por su parte. Es decir: *a partir de los relatos se pueden ver las acciones.*

El problema fundamental es relativo a la observación del comportamiento. La observación del comportamiento espontáneo que aparece dentro de un “contexto” natural es fundamental (como hacían los etólogos inicialmente en la “en sí misma”): hay que entrenarse en la observación en sí misma porque es la única señal fiable que hay sobre las emociones que la persona siente¹⁷. No existe otra alarma fiable. Para confiar en la teoría según la cual los relatos de una emoción coinciden con la emoción, se tendría que asumir que la persona es consciente al 100%, y esto es imposible.

Las reglas habituales son éstas: *considerar las acciones como las emociones y por lo tanto, como clave de acceso a la invariante de significado.* Los pensamientos o los relatos explícitos hay que verlos como datos directos para construir el conjunto, la concepción del mundo de esta persona en curso en este momento. A partir del contraste entre los dos se llega a la idea del contraste entre el nivel *tácito* y el nivel *explícito*; hay que tener presente que la función del nivel explícito es la de dar una formalización adecuada al material del nivel tácito. El contraste sirve para entender cuáles son los niveles tácitos que no han encontrado un espacio en las teorías explícitas del individuo; por ejemplo qué emociones (material tácito) no se ha traducido, o sea no se han articulado adecuadamente dentro de otras teorías, valores de vida, creencias, actitudes, etc.. El objetivo de una terapia estructuralista consiste en llevar a cabo esto, o sea permitir que *todo lo que una persona siente a nivel tácito, que es un nivel no eliminable, pueda encontrar una correspondencia a nivel explícito.* Esto significa permitir que la persona llegue a ser consciente. El objetivo de los cognitivistas tradicionales es reorganizar el nivel semántico explícito de manera que se consiga un mayor control sobre el nivel tácito. El aspecto indirecto, por lo general, se refiere tanto al *assessment* actual como al del pasado. Frente al relato de un acontecimiento pasado se aplican las mismas reglas: reconstruir los contextos del pasado. Las acciones relatadas indican las emociones reales que el protagonista ha sentido en aquella escena; los relatos de aquella escena ponen de manifiesto cómo la persona se los cuenta, cómo se los organiza.

El nivel de correspondencia entre cómo una persona se cuenta un acontecimiento y las emociones reales que los terapeutas notan en aquel acontecimiento, representa una base para plantear cómo la persona tendrá que reestructurar estos recuerdos.

Por ejemplo: dentro de muchos acontecimientos relatados y recordados por las DAP, aparece la figura de un padre (o sea el autor de la decepción posterior, la decepción que ha llevado la paciente a terapia), claramente *inconsistente*. En sus relatos, por ejemplo, se hacen presentes acontecimientos de discusiones en casa acerca de problemas triviales, escolares, etc. El padre se muestra claramente inconsistente, nunca asume una posición: en primer lugar da la razón a la mujer, luego a la hija, y luego al portero. La paciente, en cambio, describe este padre como un gran hombre, un hombre que lo sabe todo. Cuando un relato y un recuerdo no se corresponden, se nota casi siempre que la persona mientras expone este relato presenta emociones desagradables sin saber explicarse el por qué. La paciente presenta emociones incómodas que capta como un especie de idiosincrasia personal: “cada vez que hablo de esto me siento mal y no sé por qué”.

P: *Pero, ¿El hecho que el padre sea un hombre inconsistente es una deducción del terapeuta?*

R: No, el terapeuta nota la inconsistencia a partir de este hecho. Está claro que es el terapeuta y no otra persona, quien dirige las operaciones y guía el trabajo. El tema importante es entender cuáles son los datos en base a los que el terapeuta decide que hay una inconsistencia. El adjetivo “inconsistente” no hace referencia a un principio de vida válido para todos (“los padres tienen que portarse de esta manera con los hijos”) sino que se refiere a la paciente, a lo que ella comenta, a los datos de los relatos que trae y a las emociones que se asocian a estos mientras está contando algo. Esta inconsistencia se puede notar también a través de otros datos que ella trae, por ejemplo: el padre 5 años después le ha decepcionado. Ella a consecuencia de esta decepción ha desarrollado una anorexia durante tres años, y su principal problema ha sido representado por no conseguir cambiar la imagen de este padre. Se considera inconsistente al padre en relación a estos datos; o sea haciendo referencia a sus necesidades, sus expectativas y a los acontecimientos ocurridos. El tiempo es irreversible, produce acontecimientos y es una variante que no se puede pasar por alto. Como en un juego de cartas: hasta que no se termina el juego, no se puede saber si, deshaciéndome de dos ases, me estoy equivocando o no. Cuando se ha terminado el juego, considerando como han ido las cosas, se puede afirmar si lo que hice era adecuado o no: ahora se conocen todas las condiciones del juego, en cambio, mientras se está jugando, se desconocen. El tiempo demuestra que la posición que el padre asumió cuando la hija tenía 6 años, aunque en sí misma hubiera podido ser adecuada o equivocada, fue equivocada.

P: *Cuando hablas de emociones desagradables que emergen en la persona entre el relato que trae y el recuerdo, ¿te referías al hecho que cuando el paciente relata algo puede percibir que hay una discrepancia entre lo que está contando y lo que se acuerda...?*

R: Pongo otro ejemplo: muchas DAP presentan el problema de no ser bastante inteligentes, listas, creativas, intelectuales. Durante una clase de formación, una alumna que había presentado atracones bulímicos, relató un acontecimiento con el padre en soporte de la tesis que: “el padre no le hacía sentir una tonta”; relató un acontecimiento con el padre para demostrar que le hacía sentir inteligente: cuando tenía 5 años el padre le había regañado mientras estaba jugando con unas muñecas, comentándole: “jugar a las muñecas es de tontos; no es bueno para ti”. A partir de este acontecimiento argumentó que el padre le consideraba inteligente, pero mientras lo relataba se puso roja como un tomate.

P: *Entonces, de alguna manera era como si ya lo supiera*

R: En mi opinión sintió esta discrepancia mientras estaba proyectando el recuerdo en la moviola: volver a vivir esta escena le suscitaba vergüenza, la misma vergüenza que debía haber sentido hacia el padre. Esta vergüenza se había convertido en unas palabras de estímulo como fuera un impulso por parte del padre. Esta discrepancia era señalada por un nivel de “arousal” que no seguía la actividad consumatoria: frente a un recuerdo de este tipo se hubiera tenido que enfadar: pero dentro de este acontecimiento había el recuerdo de la humillación sufrida, la vergüenza de hablar de su padre en estos términos. Aquí el discurso era que este acontecimiento le provocaba una rabia que no podía expresar ya que el padre “le estaba ayudando”: por lo tanto ella era la desequilibrada, la que no estaba bien. Se nota que hay una emoción subyacente: el recuerdo le suscitaba emociones que ella no podía descifrar porque la teoría y el relato que utilizaba no incluían aquellas emociones. No podía descifrar el resentimiento y la inadecuación porque la teoría que tenía de sí misma, aprendida a través del padre, no incluía estas emociones; todo eso le confería un sentido “raro” de sí misma. Ella vivía este comportamiento como una incitación por parte del padre. En la realidad el padre

le hacia sentir como una tonta, ¡y tanto!

El problema de los DAP es éste... es la misma cosa planteada por Bowlby¹⁸: la prueba de los sentidos: lo que se percibe no corresponde con el código familiar que la persona utiliza; es mediante el código familiar que se cuentan las cosas. El niño renuncia a comprobar los sentidos: piensa que es él quien se ha equivocado. Pero no puede borrar lo que percibe. La chica de la formación había decidido que se había equivocado y *que la realidad era la que se contaba en su casa o cómo ella esperaba que esta realidad hubiera sido contada en su casa*. Excluir unas emociones, realmente experimentadas, mediante una reelaboración o articulación no significa que estas emociones desaparezcan. Estas emociones se quedan en tus repertorios actitudinales y cada vez que se elicitan, se perciben como sensaciones extrañas que no se saben explicar. Un mecanismo análogo es el del niño que presencia unas escenas brutales que después los padres niegan. Por ejemplo (se refiere al mismo artículo de Bowlby) el niño presencia un intento de suicidio por parte de la madre y el padre se lo cuenta como que la madre se estaba duchando durante más tiempo que el normal: el relato del padre lleva al niño a creer que su percepción no es real. Para los DAP el mecanismo es más sutil: los padres redefinen continuamente las emociones. Es como si se le comentara “no puedes confiar en lo que sientes, nunca se puede saber si lo que sientes es verdadero. Te voy a decir lo que realmente sientes: piensas sentir una emoción “x” porque eres un niño malo... No, en realidad lo que estabas sintiendo es una emoción. Y porque nuestra familia es buena y papa te quiere mucho etc.”. Es otra redefinición de las emociones en la que el niño advierte una discrepancia entre lo que ha sentido y la interpretación que se le ha proporcionado: el niño siempre toma en cuenta la segunda interpretación. A esta edad no se puede correr el riesgo de perder la relación con los padres. Aquí hay todo el tema DAP.

3. 7 Interdependencia entre acciones y relatos: además del conductismo y del psicoanálisis

Vuelvo al esquema que presentaba antes (v. Fig. 3); este esquema se puede reformular de manera más precisa en este modo: el terapeuta se encuentra frente a dos conjuntos de datos que hay que utilizar simultáneamente:

- a) *Los datos de observación indirecta*: son los relatos del paciente, lo que el paciente trae y cuenta; son datos relativos tanto a su historia como a lo que le ha ocurrido ayer.
- b) *Los datos de observación directa*: el terapeuta observa la manera en que el paciente cuenta y trae los relatos y la manera en que crea o intenta crear una relación con él. Son la postura, la mímica, la tonalidad emocional, la inflexión de la voz, la manera de articular el discurso que hace.

El punto importante del *assessment* es el problema de relación entre los datos de observación directa e indirecta en el transcurso de la terapia. Siempre hay que tomar en cuenta esta relación porque el terapeuta en cada fase trabaja simultáneamente con esta serie de datos. Pero hay siempre una relación específica entre datos directos e indirectos. El primer punto que merece la pena especificar es el efecto que tienen los datos de observación directos, o sea lo que ocurre ahora, sobre lo que el paciente relata o sea los datos indirectos. El segundo aspecto que se toma en cuenta es la influencia que los datos indirectos, los relatos del paciente, tienen sobre lo que está ocurriendo en el aquí ahora. Es una interacción recíproca.

¿Cuál de estos dos conjuntos de datos hay que priorizar? Ninguno de los dos. Los

psicoanalistas ortodoxos siempre han priorizado los relatos; los conductistas ortodoxos la observación directa. El problema es encajar estos dos tipos de datos en una relación unívoca que obliga a los terapeutas a tomarlos en cuenta al mismo tiempo. La modalidad que se utiliza para que los dos datos encajen es una regla: no se puede atribuir un significado a un relato en sí mismo. Hay que colocarlo en una red inmediata de significados y contextos, que está proporcionada por el dato de observación directa. El primer punto es el efecto que los datos directos, o sea lo que ocurre en el aquí y ahora, tienen sobre lo que el paciente relata.

Ejemplo: imaginemos una paciente que relata cómo le van las cosas con el marido; estos relatos no se pueden tomar en cuenta, ni se le puede atribuir un significado objetivo haciendo referencia únicamente a las locuciones verbales o a las frases que utiliza. Es un contexto significativo no percibido por parte del paciente que el terapeuta puede captar mediante la observación directa para comprender y contextualizar en una red; es la actitud que el paciente tiene hacia el terapeuta. La actitud que el paciente tiene hacia el terapeuta surge cuál es el contexto donde es oportuno colocar el relato. Imaginemos que una paciente, por ejemplo, relata que es víctima del marido y que éste le pega tres veces cada día. El terapeuta nota que expone este relato con una actitud súper seductora hacia él: aquí ya hay un contexto. Se puede comprender mejor por qué el marido le pega. Una cuestión previa indispensable es que el paciente cuenta lo que ha ocurrido en el pasado en el aquí y ahora. Hay que tomar en cuenta que lo que el paciente relata no es una ventana abierta sobre el pasado. ¡Lo está contando ahora! Todo el pasado que se comenta en terapia, siempre ocurre durante un presente: un aquí y ahora que no puede prescindir de la relación con el terapeuta; la modalidad que el paciente utiliza para recomponer estas partes del pasado, no proporciona una imagen objetiva de este pasado, sino una imagen relativa a la relación, a cómo se está relacionando con el terapeuta. Para comprender un relato siempre hay que tomar en cuenta este aspecto. Lo que ocurre en el aquí y ahora, la actitud del paciente, la modulación mímica, la manera en que el paciente pone un énfasis en este o aquel detalle del pasado más bien que en otro. Proporciona una especie de pre-comprensión para el terapeuta que le permite entender mejor la intención a la cual el paciente hoy por hoy asocia el relato. En otros términos el paciente está contando que la madre era mala y no le quería... Pero, ¿qué intención hay detrás de esta manera de contarlo? No se puede prescindir de este hecho. El paciente no cuenta un hecho al terapeuta igual a cómo lo contaría a cualquier otro; ni siquiera la manera en que lo cuenta es una “ventana sobre el pasado”. El terapeuta tiene que ver mucho con la manera en que el paciente cuenta un hecho en terapia porque él expresa una intención, una manera específica de presentarse al terapeuta. Por lo tanto si el terapeuta capta la intención que hay detrás de la forma en que un paciente relata un hecho, llega a otro tipo de comprensión del mismo acontecimiento.

El segundo punto es la influencia que los datos indirectos tienen sobre lo que ocurre ahora. El efecto de los datos indirectos se presenta como un slogan general de este tipo: lo que se comenta ahora siempre está influenciado por lo que ha ocurrido un instante atrás. Por lo tanto significa tomar en cuenta la historia de un paciente, además de su organización, para entender dónde se coloca la modalidad de relación con el terapeuta que el paciente manifiesta en este momento. Pongamos un ejemplo clásico: una organización en la que hay una relación central con una madre y un aspecto de oposición con ésta; dentro de esta oposición la paciente tiene el impulso de decirle algo y luego se retrae, empieza a temblar, envía estímulos calmantes y pasa a la inacción; hay que tomarlo en cuenta porque es una manera de entender

lo que ocurre en terapia y con el terapeuta. Porque, en una modalidad diferente, en una escala reducida, lo hará también con el terapeuta. Puede pasar que esta paciente se agarre a una intervención del terapeuta, comentando que él ha dicho algo en sesión y ella no estaba de acuerdo. Aprovechará para decir una serie de cosas que, cuando el terapeuta intente contraargumentar ella responderá: “Ah, sí, puede ser que me haya confundido, perdona, soy una tonta, no entiendo nada, obligando al terapeuta a consolarle. La comprensión del pasado ayuda a entender lo que pasa en el momento presente y permite intervenir: el terapeuta puede consolarle pero sin darle un refuerzo sin sentido que solo le reconfirmaría sus ideas. En situaciones como éstas el terapeuta dándose cuenta de lo que ocurre solo tiene que decir una palabra: “No te preocupes, te tranquilizo yo, pero no soy un mago”. Esto significa no darle las mismas confirmaciones, las mismas demostraciones “No puedo, intento... intento defender mis ideas... pero nunca consigo defenderlas, hasta el punto que alguien tiene que consolarme”.

P: *Me parece que estos dos aspectos por parte del terapeuta son absolutamente inseparables, en la medida en que se influyen recíprocamente”.*

R: Siempre están juntos, lo que ha ocurrido en el pasado influencia lo que ocurre ahora, lo que ocurre ahora está influenciado por lo que ha ocurrido en el pasado. El terapeuta tiene que distinguir estos dos aspectos tomando en cuenta que siempre están juntos, siempre hay que moverse dentro de esta red de cosas. Lo digo porque nunca se hace caso a estas cosas... No conozco ningún enfoque que enfatice simultáneamente estos datos: o se enfatizan los datos indirectos sin hacer caso a lo que ocurre ahora, un protocolo típico del psicoanálisis tradicional en los que ni siquiera se miran los pacientes a la cara. Acerca de esto hay muchos chistes, como el del paciente que va a terapia de un psicoanalista y le dice: “Doctor tengo un impulso irrefrenable a mentir... ¡cúreme!... “ y el psicoanalista, “ ¿En serio?”... “Sí!”... “

Luego hay todas las terapias espontáneas como las terapias familiares tradicionales¹⁹, donde importa solo lo que ocurre ahora. Cómo y por qué se dice algo ahora. La historia pasada, el dato indirecto no cuentan nada, o cuentan únicamente para ver la interacción que ocurre en el aquí y ahora. En realidad los dos datos interactúan siempre simultáneamente. Este es el problema, que siempre se descarta uno de los dos elementos.

Toda la realidad se encuentra constantemente dentro de estos niveles; por lo tanto siempre hay que tomarlos en cuenta: la realidad es *actuada y dicha*. Las dos cosas siempre se comparan juntas para tener una medida del nivel de conciencia de la persona: cuanto la persona es consciente de su funcionamiento. Esto se puede notar en *cómo una persona cuenta lo que hace*. El tema de fondo es tener presente al mismo tiempo el nivel del conocimiento explícito, o sea el aspecto verbal, los conceptos y el nivel de conocimiento tácito, las acciones. *Nunca hay que privilegiar uno de los dos aspectos*, sino notar las diferencias y las interdependencia entre los dos. Hay que ver cuanto los relatos del paciente consigan explicar lo que el paciente hace. Esto es el dato significativo. Lo que queda excluido de la explicación proporcionada por el paciente es el elemento crítico, es lo que hay que colocar en la nueva descripción.

Desde un punto de vista teórico el problema originario es este: hay una discrepancia entre el nivel tácito (nivel de acción) y el nivel de los relatos (lo que la persona consigue explicar acerca de lo que hace). (Fig. 4)

Figura 4

NIVEL TÁCITO	EXPLICACION
--------------	-------------

Desde el punto de vista teórico, cuando la persona consigue explicarse todo lo que hace significa que no hay un problema terapéutico. Es lo que no se consigue explicar que crea emociones desagradables. El terapeuta debe prestar mucha atención desde el principio en comparar el dato de observación con el dato de relato.

Aquí hay otra diferencia con los racionalistas. Pongamos el caso que un terapeuta racionalista capta una diferencia entre acción y pensamiento y nota las contradicciones... o sea que algunas cosas que la persona hace no están explicadas, ni relatadas por el nivel verbal y conceptual; por ejemplo: la paciente nunca reconoce ser una persona seductora, mientras se nota que lo es. El terapeuta racionalista empieza a comentárselo y le “pilla” o sea le señala el error mediante técnicas de confesión y persuasión. En nuestra orientación el problema no consiste en señalar los errores del paciente y decirle: “¡Ah te he pillado! ¡Te portas de manera seductora y no quieres admitirlo!”; Esto lo utilizamos para entender lo que la persona no es capaz de asimilar. Esto da una idea del tipo de actitud que la persona tiene hacia si misma, cuáles son las emociones y las imágenes interiores y críticas para esta persona: las emociones y las imágenes que no encuentran un lugar donde colocarse dentro de la imagen de sí mismo “en activación” que la persona acepta.

Por lo tanto el juego de “pillar” el paciente y señalarle los errores no tendría que existir; es un juego clásico: (*dice con un tono profesoral*) “Noto que en usted hay una contradicción entre lo que me ha dicho antes y lo que me dice ahora...”. Tenemos un déficit crónico en observar los hechos. Se atribuye mucha más importancia a las palabras que a los hechos. En el caso de la chica con la duda acerca de su homosexualidad: la cuestión era que ella nunca tuvo ningún tipo de relación sexual ni homo ni heterosexual. Este es el único hecho significativo que confiere una luz diferente a todo. ¿Cómo ha hecho para llegar a 23 años sin tener ninguna pulsión sexual? ¿Qué tipo de técnicas ha utilizado para no descifrar ningún tipo de atracción o excitación? Aquí la homosexualidad empieza a asumir un rol diferente: es la coraza que la paciente ha utilizado para no descifrar algunas activaciones. Los hechos son estas cosas: las cosas que una persona hace o no hace. Las personas no explican muchas de las cosas que hacen y que no hacen, porque *no las conocen*. Por lo tanto siempre hay que prestar mucha atención a la reconstrucción de secuencias conductuales y de los acontecimientos. No es posible dar significado a las interpretaciones de los acontecimientos sin reconstruir el hilo de los hechos y de lo que ocurre. El elemento cognitivo (pensamientos, acciones, significados personales) siempre es una manera de ordenar los acontecimientos. Hay que tener por lo menos un dato: lo que ha ocurrido, lo que ocurre y lo que no ocurre. Es muy complicado prestar atención a este dato ya que muchas veces se tienden a considerar los acontecimientos como si fueran correspondientes a lo que el paciente cuenta.

3. 8 Progresión y “timing” en el assessment

La reconstrucción se lleva a cabo a través de niveles progresivos tanto cuando trabajamos en la actualidad como en el pasado. La norma procedural consiste en proceder por grados, como cortar una cebolla: se empiezan a reconstruir todas las partes del repertorio, a mirar las gamas de acciones y emociones correspondientes y a cómo la persona se las

explica. Para el paciente es útil proceder por grados: se le lleva gradualmente a un nivel de auto-observación siempre más alto. Mientras se trabaja sobre el repertorio, se entrena al paciente a asociar acciones, pensamientos, emociones; este es un primer nivel de auto-observación; A partir de este nivel se empieza a trabajar sobre emociones, imágenes del pasado, recuerdos que se fragmentan, etc. Esto sirve para llevar al paciente a un nivel aun más profundo de auto-observación. Para llegar a un nivel más profundo hay que pasar por un nivel propedéutico, donde el paciente ya ha aprendido a manejar acciones y ha reconocido grupos de acciones parecidas. De esta manera se llega a la historia evolutiva (este aspecto se tratará mejor más adelante). Para poder trabajar la historia evolutiva, el paciente debe ser bastante experto en auto-observación. Conviene tratar la historia evolutiva del paciente dos veces: al inicio, cuando se ha casi reformulado el problema y reconstruido el repertorio comportamental asociado, sirve trazar una "línea de la historia" para dar consistencia al problema que se está reformulando. Por ejemplo, el caso del agorafóbico: se está reconstruyendo el problema y se ha reformulado el problema no en términos de peligro, sino en términos de relación con la mujer y hay que entender mejor los aspectos de protección y constricción, etc. Él ha aceptado esta reformulación y empieza a traer datos correspondientes; aquí es útil trazar brevemente una línea de la historia evolutiva acerca de este problema; es útil porque proporciona material que se utiliza posteriormente con el paciente.

Se reconstruye rápidamente la situación presente en casa, el estilo de apego con mamá y papá, cómo el paciente se sentía con ellos y cómo este apego se ha desarrollado durante la infancia, en la escuela, esto sirve para ver cuales son las categorías experienciales mediante las cuales se ha desarrollado el problema libertad-constricción, deber-vinculo. También sirve para proporcionar al paciente una primera imagen de los procesos que han ocurrido luego: por ejemplo, el proceso que le ha bloqueado la exploración, etc. Esto no es suficiente, sin embargo, si se quiere utilizar la historia de desarrollo como ocasión para un cambio profundo. Al principio sirve para alcanzar el objetivo de llevar a un nivel consciente todas aquellas emociones ya presentes en la conciencia pero no bien decodificadas.

Luego, cuando se quiere alcanzar un cambio más profundo, hay que llegar a una reconsideración del pasado por parte de la persona. Si no hay una reorganización del pasado, no hay una reorganización de la imagen del sí mismo. Para tratar la historia evolutiva desde esta última óptica, o sea la de permitir que el paciente sea capaz de reorganizar su manera de considerar las épocas del pasado, hay que llevarle a mirar su historia a través de la auto-observación. Es el paciente quien tiene que hacer este trabajo. El terapeuta ya puede haber notado que el problema es que la mamá le bloqueaba la exploración, pero el paciente lo desconoce. El paciente piensa que la mamá le quería mucho. Por lo tanto es el paciente que tiene que llevar a cabo esta reconstrucción. Solo si es él que lo reconstruye se consigue un "salto de conocimiento". Para ayudarlo a dar este paso hay que entrenarlo en el trabajo de la auto-observación del pasado: se toma una época sobre esta base ya reconstruida; se reconstruyen todas las secuencias de aquella época, se entrena al paciente a recorrer la historia de desarrollo de arriba a bajo como cuando damos un paseo, dirigiéndose hacia una serie de acontecimientos, como en una moviola. De esta manera empiezan a surgir todos los datos contrastantes de los recuerdos (y las emociones del presente los señalan) que el paciente no decodifica ni enfoca.

De esta manera ocurren las "reconstrucciones". Representa una manera diferente de trabajar con la historia evolutiva: significa tomar en cuenta el mismo método, o sea lo de

llevar al paciente a un nivel de conciencia del material actual, solo que en este caso se trabaja con el material pasado. Por lo general la mejor progresión es ésta porque va seguida también del “timing”, o sea a una profundización gradual de la auto-observación. Normalmente cuando se llega a este nivel de la historia de desarrollo el paciente ya conoce el significado personal. Frente a un fóbico se comenta la creencia “el mundo es peligroso”. Mediante la historia evolutiva se comprende cómo esta persona ha llegado a crearse esta imagen de la vida: *con la mirada de hoy* se descubren los recuerdos que le han llevado a deducir que el mundo no es de fiar. (“Me acuerdo de cuando teníamos que irnos de viaje, en casa se empezaba a comentar este hecho con un mes de antelación, todos los medicamentos ya estaban listos, parecía que teníamos que irnos de viaje por la Transamazonia”). Todos los datos de significados de los que se dispone han emergido gracias al trabajo hecho anteriormente (mientras se reformulaba el problema, se mostraba el problema del peligro como un problema de libertad-constricción, de necesidad de protección, etc.); en esta fase la persona ya está mucho mejor, presenta menos ansiedad y angustia. En esta fase se puede ver cómo todo eso se ha desarrollado. A veces es el paciente quien solicita esta exploración. El método para llevar a cabo este trabajo es mediante la utilización de los datos del pasado, los datos del desarrollo desde esta óptica. Por lo general esta es la última fase de una psicoterapia ideal que acaba con un cambio de actitud de la persona hacia sí misma y una reconsideración de los acontecimientos pasados. En las psicoterapias reales no siempre ocurre: a veces el paciente abandona la terapia después de alcanzar un beneficio acerca de un problema actual y contingente. A veces la solicitud de interrupción de la terapia por parte del paciente puede resultar muy significativa: vamos a ver cómo ocurren algunas de estas solicitudes.

Una paciente DAP-AGORA, de la que hablaré más adelante (cap. 5. 4) planteaba un tema centrado en la relación con el marido: no podía hacer nada sin él y presentaba mucha sensibilidad a su juicio. Se notaba una correlación evidente entre los ataques de pánico que presentaba cuando se quedaba sola en casa o afuera en la calle y el sentirse criticada y no apreciada por parte del él. La paciente entendió inmediatamente esta correlación e interrumpió la terapia al finalizar la séptima sesión. Había llegado a terapia con los síntomas típicos de los fóbicos: miedo a volverse loca y a tener una enfermedad; después de 4 sesiones ya tenía clara esta parte, demostrando una buena capacidad de enfoque del problema. Por lo tanto después de 4 o 5 sesiones ya había entendido la correlación entre los ataques de ansiedad y su relación con el marido, su sensibilidad al juicio de él. Ella dejó el tratamiento y lo expresó explícitamente, cuando se dio cuenta que para avanzar en la terapia y superar este problema, hubiera tenido que cambiar la imagen que tenía del marido; prefirió quedarse con el problema; lo que le importaba es que el marido siguiera siendo para ella el “súper héroe” que siempre había sido. Frente a un caso de este tipo, me parece que fue una decisión súper legítima llevada a cabo por ella misma. Creo que tenía razón.

¿Quién ha dicho que siempre hay que ser conscientes de todo? Muchos pacientes demuestran esta sabiduría. Aprecié mucho a esta mujer. Era una mujer de 45 años con hijos mayores, que siempre había creído que este hombre representaba su historia. Quería que este hombre se quedara con ella, aunque esto le hubiera costado salir de casa con el bastón de paseo.

P: *Vittorio, el darse cuenta de la importancia de la imagen de él, de la consideración que ella tiene por este hombre en su vida, ¿Cambia la relación con él?*

R: Estas operaciones solo pueden ser llevadas a cabo por los DAP: entender que “Si

avanzo puedo cambiar la imagen de mi marido” (y esto significa que ya la estoy cambiando) y detenerme antes que sea demasiado tarde... No... ½Yo este proceso lo dejo de lado”.

Otra organización no consigue hacerlo: en el momento en que se da cuenta que tiene miedo a cambiar la imagen del marido, se da cuenta que ya la está cambiando.

El DAP presenta esta disociación (splitting) de conciencia, esta capacidad de autoengaño. Esto es una consecuencia de un sentido de sí mismo bastante lábil que permite dejar de lado algunas emociones, sin profundizarlas ulteriormente. En cuanto DAP esta paciente presenta este margen de elección.

3.9 La conciencia: el contraste con la inmediatez y el problema de la ambigüedad

P: *¿Vittorio, porque opinas que una mayor conciencia no es siempre deseable?*

R: Porque es súper peligroso. Hay que tener cuidado con la conciencia, de lo contrario, se corre el riesgo de reciclar también a nivel constructivista, estructuralista, relativista, el principio de la objetividad. Se podría llegar a llevar a cabo la misma operación, esta vez con la conciencia... como si la conciencia fuera el sumo bien, en este caso sin afirmar que existe un mundo objetivo válido para todos y que la racionalidad sea un principio válido para todo el mundo.

3.9.1 La conciencia del paciente

No se puede afirmar que la conciencia sea un objetivo, un bien deseable: es como un medicamento que presenta efectos colaterales inevitables, y que por lo tanto se tiene que utilizar solo cuando no quedan otras opciones, de lo contrario, la persona podría llegar a sentirse peor.

La conciencia se utiliza como una operación quirúrgica (utilizo este ejemplo ya que “cortar” es un acto contra natura y no tendría que existir, porque puede provocar la muerte), o sea se sectoriza en base a los temas necesarios, siempre considerando que puede presentar muchos efectos colaterales. El hecho que los hombres nacen para conocer es solo un pensamiento común. *La conciencia es incompatible con la inmediatez de la vida*, tal como se percibe. Por lo tanto es un medicamento muy peligroso: es importante porque ayuda a bajar el nivel de angustia pero presenta muchos efectos colaterales, es verdad que se baja el nivel de angustia para algunas cosas, pero luego estas mismas cosas no se vuelven a vivir con la inmediatez con las que se vivían antes. Es una especie de Rey Midas que convierte todo en oro, pero luego que las cosas se han convertido en oro ya no se pueden volver a comer.

P: *¿En el caso que una persona cambia, cambia las cosas que le hacen sentir mal?*

R: Las cosas que hacen sentir mal a una persona son las cosas más importantes para ella. Está bien que una persona llegue a ser consciente de las cosas que son importantes para ella pero solo alcanzando un nivel mínimo necesario de conciencia que le permita sentirse mejor. Si la persona se hace consciente de todas aquellas cosas que le hacen sentir mal, deja de vivirlas y a partir de esto nace otro drama.

P: *¿Entonces opinas que luego que se ha hecho consciente de algunas cosas, la persona deja de vivirlas?*

R: ¡No soy yo que lo pienso! *Es el problema de la ambigüedad*. Es un de los problemas más grandes de la psicología, en particular de la psicología constructivista: cuanto más tienes conciencia tanto más aumenta la percepción de la ambigüedad en todas las cosas. El problema de la conciencia es un doble problema.

Primero: hay una correlación inversa entre conciencia e inmediatez en la medida en que una excluye a la otra; una cosa se puede vivir con inmediatez solo cuando no se tiene conciencia. Si se tiene conciencia de algo se puede apreciar la lógica, la esencialidad pero se deja de tener entusiasmo. Desde este punto de vista, el primer beso es un acontecimiento que nunca se olvida porque presenta una inmediatez: cuando se da el primer beso, no se tiene conciencia de ningún proceso que hay detrás, se desconocen. Hoy por hoy el mismo beso, no tiene el mismo efecto porque ya sabes qué significa para ti, qué significa para ella y lo que ocurrirá pasado mañana, etc., cuanto más se adquiere el “saber” tanto más se pierde el entusiasmo inmediato, se pierde la resonancia inmediata.

P: *No estoy de acuerdo, cualquier situación es una situación que de alguna manera se experimenta como nueva.*

R: Estas son las cosas que se dicen, mira, basta que te fijes en tus recuerdos pasados. Claro, cualquier cosa es nueva: la conciencia se desarrolla encontrando cosas nuevas dentro de cada cosa repetitiva: cuanto más se desarrolla este proceso, tanto más se pierde la resonancia inmediata. Esto ocurre en todo. Es como mirar una película dos veces: la sensación que suscita la segunda vez, cuando ya se conoce, no aporta la misma dosis de entusiasmo. Se miran otras cosas, incluso se pueden sentir emociones que se aprecian más, que son más finas, etc., pero deja de impactarte como la primera vez, porque ya se conoce. Esta antinomia entre conciencia e inmediatez representa un gran problema.

Segundo: la percepción de ambigüedad aumenta con la conciencia. La percepción de ambigüedad significa que cuando se viven las cosas con la inmediatez, cada cosa parece necesaria y obligatoria. Cuando las cosas se viven desde lo exterior (esta es la conciencia), lo que antes aparecía como necesario y obligatorio llega a ser absoluta arbitrariedad. Esta es, por ejemplo, la idea del *absurdo existencial* que se asocia a la conciencia. Es una idea que se puede ver en los pacientes en función de esta dinámica: están confusos, no saben qué hacer, luego se hacen conscientes, resuelven la confusión, y se deprimen: entonces ¿qué sentido tiene la vida, etcétera?

Hay que utilizar la conciencia terapéuticamente teniendo cuidado en no incitar el uso de la *conciencia a ultranza*, la búsqueda de la conciencia *por* la conciencia puede tener efectos destructivos.

Sin metafísica no hay ninguna epistemología, ni ninguna teoría de la conciencia. El primer principio metafísico que hay que asumir es que el conocimiento caracteriza al hombre. Sin esto no existe ninguna epistemología posible. Es el antiguo problema citado por los poetas: los humanos no toleran una dosis excesiva de realidad. Esta es la característica que hace simpáticos a los humanos: se inventan la realidad, no toleran una excesiva carga de realidad porque su característica es inventar la realidad. Es así cómo funcionamos.

La conciencia elimina el aspecto ilusorio de la realidad de la invención, es este hecho que no es tolerable. La inmediatez hace creer que la invención es verdadera, que corresponde a la realidad. La conciencia te hace consciente de las invenciones con las que se intenta captar la realidad que no se conoce. Esto proporciona el sentido del absurdo, la idea que las acciones son gratuitas. Una conciencia de este tipo, si no está seguida por prácticas de auto-control discretas y por amplias cogniciones se vuelve destructiva... el efecto se queda, el efecto de una cosa difícil de soportar. Una de las cosas que caracteriza el aspecto del relativismo contemporáneo es que ya no existe ninguna certeza, ningún objetivo último, ninguna meta que perseguir: ni la experiencia, ni la racionalidad, ni la conciencia.

P: Estas consideraciones abren un problema específico acerca de la oportunidad o no de una psicoterapia. Siempre se da por sentado que un terapeuta frente a una solicitud por parte del paciente, se vea obligado a responder con la construcción, junto al paciente, de un problema, que hay que llegar hasta el final. Luego casi nunca ocurre que se llega hasta el final.

R: Creo que el terapeuta siempre tiene que plantearse cuanto es conveniente involucrar al paciente “x” en una empresa (heroica) de este tipo. La situación ideal sería que el problema de llevar o no el paciente a terapia, sea solucionado por el mismo paciente, como ocurre en el caso de la señora DAP-AGORA de la que hablaba antes, pero ella representa una excepción. Aquí se abre el problema de la conciencia del terapeuta,

3.9.2 La conciencia del terapeuta

Es un tema delicado que presenta muchos aspectos. El terapeuta debe hacer referencia a la conciencia de sí mismo, de lo contrario, todas las otras conciencias se excluyen. La conciencia exacta de su material personal (¡mirad si es jodida nuestra profesión!) es la línea de base para empezar: significa la conciencia exacta de cómo se han integrado, para cada terapeuta, infancia, niñez, pubertad, adolescencia; en qué manera, la conjunción de estas 4 fases, ha llevado cada terapeuta a desarrollar “su manera de ser”, la manera en que cada uno cree ser aquí y ahora. Este trabajo de conciencia personal no se lleva a cabo una vez y luego se acaba. Porque en un sistema complejo la comprensión nunca se acaba.

Un vez que se ha realizado la primera parte, se obtiene una base con la que los terapeutas pueden derivarse y explicarse; luego, aquella base se cuestiona continuamente. Por lo tanto muchas veces el terapeuta utiliza lo que traen los pacientes como un dato para profundizar algunas cosas de sí mismo.... Desde esta óptica los pacientes siempre tienen algo que enseñar. Son fuentes de revelaciones, suscitan algunas emociones, que ofrecen informaciones adicionales sobre uno mismo. Hace algún tiempo, un paciente muy simpático (con una historia muy parecida a la mía, con muchos parecidos en la toma de decisiones durante la adolescencia, afectividad, etc.) durante un sesión me suscitó una emoción muy fuerte que casi me hizo perder el control... Me contó, en relación al tema de la paternidad, que desde hace un mes tenía sueños recurrentes con un bebé (a partir del análisis del sueño se podía deducir que representaba el hijo); el bebé se encontraba en su cama, y él sentía una fuerte desazón, causada por el miedo a aplastarle. Inmediatamente me viene a la cabeza que mi significado de no-paternidad es muy parecido al del paciente, a cómo él lo sentía. En realidad era muy diferente, era más intenso, ya que en mi vida nunca tuve, ni en sueños ni en la fantasía, una imagen de ningún niño. Este relato me provocó una emoción intensísima. Este es un ejemplo típico de aumento de comprensión de sí mismo. Es el tema del desarrollo continuo del material personal del terapeuta; es un crecimiento aportado por los pacientes; sabiendo esto, y utilizándolo como base, se puede entender cuándo un paciente es idóneo para una terapia y cuándo no lo es. Cuando se considera que el paciente no es idóneo, en la mayoría de los casos es el terapeuta que lo decide por el paciente, no hay que interrumpir la terapia, sino facilitarle una pequeña reorganización sin ir demasiado lejos. La conciencia que el terapeuta tiene acerca de su material personal, permite entender mejor si esta opción de “no idoneidad” se refiere al paciente o a él mismo; es la única cosa que se necesita entender.

P: Quería entender una cosa: ¿Cuánto juega la memoria en este tipo de recuerdos? ... tuviste una sensación, la certeza que algunas cosas no las habías imaginado. Digo esto

porque: siempre tuve la afición de escribir; cada vez me sorprende al volver a leer las cosas que escribí desde hace mucho tiempo: “¿Cómo he podido pensar estas cosas?”. Por ejemplo, a veces me ha pasado pensar en algunas cosas después de mucho tiempo que no las pensaba, considerándolas como descubrimientos completamente nuevos. Se me olvidan las partes de asociaciones, pensamientos, cosas que hice. Por lo tanto creo que puedo hacer referencia a mi memoria solo hasta un cierto punto, o sea que todo se interpreta en función de la sensación que tienes en un momento determinado, la manera de pensar que tienes en aquel momento,

R: Es obvio. ...

P.: *Entonces la primera cosa que me hubiera planteado es el límite de las cosas que me hubiera podido acordar, o sea en tu lugar habría pensando que probablemente.*

R.: En este caso, planteándote el problema del límite de las cosas que se pueden recordar, te habrías planteado el problema de la objetividad. He dejado de plantearme estos problemas de objetividad... Esta pregunta es importante porque muestra qué significa el problema de la objetividad. Si te llega esta sensación, o sea dices: “Yo nunca he pensado tener un hijo en una imagen” ¿Es verdadero o falso? Yo no me planteo este problema porque para mí lo que importa es que tuve esta sensación. El hecho de que tuviera esta sensación ya es una información exacta acerca de mí, o sea acerca de la manera en que necesito considerar, con respecto al paciente, la no-paternidad reproductiva por mi parte, mi manera de interpretarla es completamente separada de mí. Luego, desde este punto de vista el discurso es muy simple porque él hablaba de sueños. Yo casi no puedo acordarme de ningún sueño; pero los que recuerdo se me quedan en la mente de manera indeleble; mientras él hablaba, visualicé mis sueños en secuencias y me di cuenta que dentro de esta pinacoteca de cuadros no había ninguno que representara a ningún niño.

En un enfoque de investigación de tipo “objetivo”, lo que se llama “justificacionista”, hay que suportar cada dato mediante los datos de experiencia, de lo contrario, no se puede considerar real ni fiable.

Desde nuestra óptica esto no se necesita: el dato es real en sí mismo, donde por “en sí mismo” quiero decir la expresión de un proceso de reorganización y diferenciación que aquel sistema está poniendo en marcha con respecto a otro.

Una persona relata una experiencia suya, y tú, en relación a ella, sacas un contraste tuyo: estás diferenciándote de esta persona. Esto no se capta mediante el tema “es verdadero o no” o “es objetivo o no”. Desde nuestra óptica la sensación en sí misma, es la expresión de un mecanismo autorreferencial de mantenimiento de la identidad, con el cual se toma distancia de una semejanza en cuanto te das cuenta que es una sensación diferente de la tuya. Este proceso ocurre en el interior del terapeuta que debe intentar darse cuenta de lo que le está pasando; de lo contrario, puede ocurrir que el terapeuta haga algunas intervenciones que no son útiles para el paciente, si no responden a lo que se ha despertado en él. Útil para el terapeuta sería entender qué significa esta emergencia de la paternidad, qué significa esta sensación de torpeza que tiene en relación al recién nacido que aparece en el sueño. Si no queda claro lo que está ocurriendo, aun percibiendo esta aversión en función de algo que te parecía una similitud y ahora no, corres el riesgo de poner tus cosas en la intervención (como: “cuidado a no portarte como un niño”) o sea de intervenir sobre una discrepancia que *tú* percibes *personalmente*. *La comprensión del material personal nunca se acaba y siempre está en “intercambio”*. Es este intercambio que permite establecer, paso a paso una

demarcación flotante acerca de nuestros procesos y de lo que significaría una intervención basada sobre nuestros procesos. Es oportuno interrumpir una intervención de este tipo y distinguirla de la intervención que sirve al paciente para aclarar *sus* procesos; es a partir del contexto de *nuestro* material que podemos localizar la línea de demarcación. Es una profesión recomplicada: ¿qué otra profesión exige siempre tenerse en cuenta para trabajar? En otras profesiones, por ejemplo, el arquitecto, hay una referencia personal pero siempre es indirecta.

3.9.3 Conciencia y capacidades cognitivas: dos niveles no coincidentes

P: *¿Vittorio, en tu opinión la conciencia depende de las capacidades cognitivas?*

R: Es importante distinguir entre dos aspectos diferentes: el primer nivel es la autoconciencia o conciencia. El segundo nivel es el nivel cultural, el conocimiento de la persona. Muchas veces se tiende a juntar estos dos niveles mediante un procedimiento arbitrario. Se supone que un paciente que tiene un nivel de conocimiento y cultural “x”, automáticamente tendrá una conciencia correspondiente. Son dos funciones completamente distintas.

La conciencia se puede manifestar en cada uno de nosotros, y en cada paciente, prescindiendo del nivel cultural y del conocimiento. La conciencia expresa una actitud curiosa por parte del sujeto frente a las reglas de su funcionamiento, a no darlas por sentadas. Dicho en términos cognitivos, la conciencia lleva el sujeto a elaborar teorías, creencias y expectativas sobre su funcionamiento, a elaborarlas de manera explícita y reconsiderálas continuamente. Este procedimiento puede ser desarrollado también por un analfabeto. La actitud de no conciencia, en cambio, se puede evidenciar también en las personas que tienen altos niveles culturales: licenciados, escritores y personas súper creativas. Esta actitud no consciente consiste en dar por sentadas las reglas del funcionamiento personal. Es la misma actitud asumida por un empirista que toma en cuenta un orden del mundo objetivo: “Es un orden externo, no hace falta plantearse este problema, todo está claro, ¡yo copio y ya está!”. La conciencia es este rasgo, la tendencia, la actitud que una persona presenta cuando piensa en sí mismo en términos de cómo funciona. Si una persona no presenta esta actitud, poco se puede hacer para activársela. (Este es el problema principal de los pacientes). Lo que se puede hacer, es canalizar la conciencia, ya presente en el paciente, articularla y proporcionarle las reglas para que le pueda sacar mayor provecho. Imaginemos un hombre de 40 años que viene a terapia y en su vida nunca tuvo esta actitud de exploración acerca de su funcionamiento... en este caso no es posible inducirla. En el caso que tenga esta actitud de exploración en términos de funcionamiento, el terapeuta puede modelársela, expandírsela y proporcionarle las reglas y las modalidades. Esta actitud es completamente independiente del nivel cognoscitivo y cultural de la persona.

Hoy, por ejemplo, he visto a una paciente: tercera sesión. La primera sesión fue totalmente inútil, ya que vino con la madre y el marido, ni siquiera hemos podido hablar de reformulación del contrato y entender si se podía tratar o no. Era una anoréxica clásica, 32 años, peso 39 kg, altura 1,65, con una hija y sin trabajo. Su problema principal, que le lleva a pasar horas y horas delante del espejo, es el acné. Este acné no puede ser reconocido por nadie y consiste en que si lo miras bien debajo del maquillaje se puede entrever un granito, este es un problema que la paciente lleva desde hace dos años, cada día pasa ocho horas delante del espejo. Es una situación bastante grave ya que ella a causa del sentimiento de

inadecuación, ha dejado de vivir en su propia casa y ha vuelto a vivir en casa de sus padres. Su nivel cultural es relativamente bajo porque a causa de sus problemas DAP no pudo conseguir el diploma de bachillerato. La segunda sesión vino sola, intentamos definir el problema y reformularlo; de acuerdo conmigo llegó inmediatamente a entender que su problema estaba asociado al juicio de los demás y al finalizar la sesión, pudimos hacer, muy brevemente, algunas tareas de auto-observación. Hoy era su tercera sesión y ya tenía claro el mecanismo según el cual el juicio de otra persona para ella significaba una definición de sí misma; que la base de su problema de vulnerabilidad era que el sentido de sí misma le venía desde afuera. Es un resultado sorprendente. Es el resultado de una persona que tiene una gran actitud en “pensarse”, o sea que, para ella, pensarse en términos de “cómo funciona” es algo natural. No hay correlación con el nivel cultural. Por ejemplo, frente a otros tipos de DAP, imaginemos un DAP que ha conseguido catorce licenciaturas y trabaja en el área creativa de la UNESCO, hacer esta asociación entre el juicio de los demás y sentido de sí mismo, implicaría ocho meses de tiempo, y al cabo de ocho meses llegaría a hacérselo entender pero solo porque el terapeuta se lo “ha pegado con cinta adhesiva”. El nivel de las teorías que se elaboran, en cambio, se correlaciona con el nivel cultural pero a nivel formal y no a nivel de abstracción. En igualdad de condiciones, un campesino elabora una teoría sobre sí mismo altamente abstracta utilizando como metáforas y analogías las semillas, las cosechas: altamente abstracta y la aplica a las categorías generales. Un economista, en cambio, usa los sistemas, los conceptos y las leyes. Dado un cierto nivel de abstracción, el nivel cultural influye sobre las formas lingüísticas, conceptuales, sobre las formas lógicas, deductivas, pero no sobre el grado que se puede alcanzar.

Para los terapeutas la conciencia es una variable fundamental: este es el límite de todas las terapias que tienen como objetivo llevar a la persona a conseguir un cierto tipo de comprensión.

El nivel de conciencia de una persona es determinante: con algunas personas no es aconsejable llevar a cabo un trabajo de este tipo porque, de lo contrario, se corre el riesgo de acabar haciendo un trabajo conductista hasta darse cuenta que no funciona con estos tipos de personas. Cuando una persona no se plantea el problema acerca de su funcionamiento, lo da por sentado, no interviene sobre éste, ni siquiera como objeto de pensamiento. Efectivamente, en una cierta medida, el aprendizaje ocurre independientemente de la persona y se podría intentar trabajar con una de estas técnicas. Nunca podría funcionar con pacientes conscientes. Es la misma razón que me lleva a pensar que frente a un cierto nivel de inconciencia son más eficaces los medicamentos. Imaginando dos tipos de pacientes depresivos, uno consciente y otro inconsciente: al inconsciente se le da un tricíclico... y se produce un cambio espectacular. El consciente llega a sentirse un poco mejor pero es un efecto que le parece artificial, no lo considera suyo, es totalmente diferente. Hay que plantearse unas hipótesis sobre el nivel de conciencia alcanzado por el paciente, ya que éste es un indicador del tipo de trabajo y del nivel de profundidad que se puede obtener... es fundamental. La cuestión, en mi opinión, es que no es el terapeuta quien lo induce en el paciente.

4 LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA

4.1 Principios generales de la estrategia terapéutica

Los principios claves de la estrategia terapéutica son dos, siempre teniendo en cuenta que el terapeuta debe intentar prescindir del problema de la objetividad. Este discurso vale también para la relación, el *assessment*, y para algunas estrategias, ya que plantearse o no el problema de la objetividad significa considerar algunos problemas en lugar de otros.

Los principios de la estrategia terapéutica son las *reformulación del problema y el análisis del problema*.

Toda la estrategia se considera como un proceso escalar, a escalones que suben de nivel como en una construcción; los escalones no son regulares, entre uno y otro hay saltos más que continuidades. La regla fundamental es que el *timing* o sea el “cómo proceder de un escalón a otro” lo *marca el paciente*, el terapeuta tiene que estar atento para captarlo. El *timing* para pasar de un nivel inferior a un nivel superior; se produce cuando el paciente ha asimilado el contenido cognoscitivo del escalón que está subiendo en este momento.

4.1.1 La reformulación del problema

Ejemplo de una primera sesión: un chico de 14 años que tartamudea ante los demás durante la clase; pero cuando habla solo en voz alta deja de hacerlo. En la primera sesión el terapeuta intenta reformular el problema haciéndole notar esta diferencia significativa, o sea que el problema de la tartamudez puede coincidir con el temor del juicio de los demás (DAP).

Una reformulación del problema tendría que consistir en el hecho que el chico acepte esta reformulación como contrato terapéutico para que se puedan establecer los contenidos del trabajo.

El contrato consiste en que el chico acepte que el objetivo con el cual se podrá comprobar si el problema está solucionado o no, es cuando deje de sentirse definido por el juicio de los demás, como actualmente le ocurre. El objetivo del terapeuta es “separar”, prescindir del hecho que la tartamudez represente para él la “prueba de la curación”, la comprobación de su bienestar o malestar. Por lo tanto la reformulación sería que el chico llegara a terapia con el problema “No estoy bien con los demás porque tartamudeo” y el terapeuta trabajara sobre este contrato: el problema consiste en que él teme muchísimo el juicio de los demás y el problema se considerará resuelto cuando el juicio de los demás llegue a ser algo asimilable y no terrorífico para él, o sea cuando haya disociado el problema de la tartamudez, dejando de considerarlo como una prueba de su capacidad, de sí vale o no vale como persona.

La *reformulación del problema* tarda un tiempo indefinido. Es decir, que no significa necesariamente que haya que llevarla a cabo en la primera sesión. La regla es que si no se supera el primer escalón no se puede pasar al siguiente. El escalón siguiente consiste en tomar en cuenta este problema del juicio y empezar a analizarlo siempre a través de tareas de auto-observación, definir cuáles son las personas que teme más, qué efecto tiene sobre él el juicio, etc. Una reformulación del problema puede tardar incluso 7-8 sesiones, y es el primer acto fundamental que coincide con la estipulación del contrato.

4.1.2 El contrato terapéutico

El *contrato terapéutico* planteado de esta manera, siempre es un *contrato explícito* asociado a la definición del objetivo de la terapia: el objetivo de la terapia siempre se formula *en términos que sean operativos y controlables para el paciente*. No se puede aceptar como objetivo terapéutico el “bienestar” porque, ¿qué significa bienestar? ¿Cómo se produce el bienestar? El objetivo terapéutico, por lo tanto, no se puede identificar con emociones o estados de ánimo, no puede ser: “Quiero estar bien”. “Quiero no tener miedo”. “Quiero ser feliz”. El objetivo se refiere a reorganizaciones de situaciones, de conductas, de la manera de ver la realidad, etc., y por lo tanto son objetivos cognitivos y ambientales pero nunca relativos al perseguir o alcanzar unos estados de ánimo, positivos o negativos. Los pacientes siempre plantean objetivos asociados a los estados de ánimo: “quiero estar tranquilo”. El tema es, *¿Qué objetivo me puedo plantear que dependa de mí?* Hay que reformular de esta manera. La felicidad no se puede alcanzar porque no la puedo producir yo; solo se puede experimentar y disfrutar una vez que se ha obtenido.

Siempre hay que dar al paciente *la idea de actividad*. El tema es que el paciente debe producir unas cosas. No se puede tener la expectativa de que unos acontecimientos “ocurran”, que la felicidad “ocurra”, que la tranquilidad “ocurra”... El objetivo tiene que ser controlable, alcanzable y evaluable tanto por parte del terapeuta como por parte del paciente (se debe poder evaluar cuando nos estamos alejando o acercando al objetivo) y por lo tanto hay que formularlo en un lenguaje que permita introducir conceptos que luego se trabajarán.

Cuando hay una temática fundamental de ansiedad social, como en el caso del chico de 14 años de tartamudeo, hay que redefinir en la manera ya dicha, prestando atención a introducir conceptos como “el juicio de los demás”, etc. Ya que luego se trabajará con estos temas hay que preparar el contexto. En redefinir el problema de un FOB, se introducen temas como protección, constricción, libertad.

4.1.3 Plantear hipótesis acerca del tipo de organización

Desde los primeros momentos de la primera sesión hay que intentar identificar el tipo de organización de base de un paciente. Cuando tengamos la idea del tipo de organización es oportuno empezar a plasmar la relación terapéutica de manera que sea funcional a aquella organización. Así se trabaja mejor y se evitan muchos conflictos. La utilidad de reconocer parcialmente el tipo de organización de base del paciente permite, por ejemplo, no cuestionar sus asuntos de base. Se evita un ataque directo hacia el paciente y al mismo tiempo el terapeuta no se compromete a aceptar reglas de relación que luego le pueden crear problemas. Éste es un aspecto esencial.

Frente a un FOB, por ejemplo, es oportuno plasmar la relación sin tocarle el tema de la libertad para que no perciba la terapia como una constricción; se le inculca la idea que puede regularla como quiera e interrumpirla en cualquier momento, no se le cuestiona inmediatamente la necesidad de ser protegido y se le comenta que el problema se entenderá pero sin cuestionarlo. Frente a un DAP, es oportuno, en una primera sesión, evitar formular demasiadas preguntas intrusivas para no darle la idea que el terapeuta es intrusivo como los demás. Es inútil, frente a un DAP, insistir solicitando detalles exactos acerca de sus amoríos o de sus “relaciones terminadas” porque no quiere comentarlos; de esta manera se le crean sentimientos de vergüenza y se le confirma la idea de que los demás son intrusivos y

engañosos y hay que tener cuidado. En la estrategia terapéutica es importante definir las “limitaciones” negativas, o sea lo que *no se debe hacer*. Lo que es oportuno hacer no vincula sino que proporciona direcciones para trabajar. Al principio no es posible saber lo que se tiene que hacer, lo que importa es entender “por dónde no hay que ir”. Es lo mismo que ocurre en los sistemas complejos, en los sistemas de apego, por ejemplo, donde el vínculo es “No quedarse solo, no perder la relación con los demás”: esta es la dirección. Pensad en la variedad de relaciones que se pueden crear. En el caso de la DAP, lo que hay que hacer es “no tener una actitud intrusiva” y “no ser invalidador”.

Por lo tanto durante una primera sesión es muy importante realizar una hipótesis aproximativa sobre la organización del paciente... Podemos equivocarnos, pero, de momento, sirve mucho como ejercicio. De esta manera se comenten menos daños que cuando no se plantean las hipótesis. No es necesario afinar mucho. Está claro que al principio aprendemos de los pacientes, pero esto no representa un daño para ellos. Al principio se utiliza el entusiasmo y el compromiso para proveer a la falta de técnica, de la que somos conscientes, y que se adquiere con el tiempo. La adquisición de la capacidad técnica lleva a poner de lado el entusiasmo y el compromiso. Pero cuando tengamos la capacidad técnica, veremos que la cosa más importante para curar a los demás es justo el entusiasmo y el compromiso. El paciente se da cuenta del compromiso del terapeuta, y al mismo tiempo, nota cuándo el terapeuta se ha hecho expertísimo pero mucho menos concentrado.

La reformulación del problema, que como ya he dicho, coincide con el contrato, es fundamental por muchas razones. Define el contexto de trabajo o sea la manera de trabajar: mediante la introducción de los conceptos con los que luego se trabajará, se empieza a construir un lenguaje común, un vocabulario común. Definir el significado que tiene una actitud frente a un problema, significa analizarla y reconstruirla. El terapeuta, desde esta óptica, es un modelo explícito: un gran elemento de la terapia es simplemente la manera en que el terapeuta se relaciona. Esto proporciona una enorme cantidad de informaciones implícitas y tácitas. En el ejemplo del chico tartamudo, realizar este trabajo significa redefinirle una actitud hacia la vida: “Analizamos qué te pasa cuando tartamudeas, cuándo te ocurre, en casa, afuera”... Esto no significa mostrar compasión “Pobrecito, cómo te apañas con la chicas...” sino significa ofrecerle una actitud de construcción del problema diferente de la que él ha experimentado hasta hoy. Seguramente hasta hoy le han dicho “Es una tontería, ya verás que se te pasará, es una defensa”. El terapeuta, en cambio, le da un enfoque donde no se le juzga, ni se le anima, pero sin decirlo, se le empuja a “estudiar el problema”. La fase en que se define como se puede imaginar una solución del problema es la fase final de la reformulación. En el caso del chico tartamudo la reformulación finaliza cuando deja de presentar problemas relativos al juicio de los demás. En el definir el contrato, los elementos son: ¿Qué hacemos? ¿A qué nos dedicamos? y ¿Cuándo consideramos que el trabajo se acaba? Para que el terapeuta se defienda de temas como “amistades”, “enamoramientos” es oportuno explicitar que *el objetivo cuesta esfuerzo de auto-observación* y que muchas veces la persona tendrá que dedicarse a enfocar cosas que no le gustaría enfocar y que nunca enfocaría por sí mismo.

4.1.4 La “inversión” en la terapia

Es oportuno que el terapeuta lleve el paciente a preguntarse cuánto está dispuesto a invertir. Es algo que hay que definir con todos, por ejemplo, con los DAP es esencial. Frente

a los DAP el discurso acerca de cuánto quieren invertir, implica el no ser intrusivos, o sea no solicitarles cuantificar inmediatamente el tipo de inversión. Nunca hay que presionarle, hay que dejarle siempre el problema abierto, con el acuerdo que, se entiende que el problema existe y que él tendrá que cuantificar hasta qué punto está dispuesto a invertir, pero hay tiempo, que se lo piense... y mientras tanto el terapeuta sigue su exploración. Esto hace que no se sienta presionado, ni invadido. Pero es necesario plantearse. A veces hay que plantearlo en varias sesiones explicando con muchos ejemplos qué significa una inversión. Hay muchos tipos de inversiones. Por ejemplo se puede decir “Tengo que aprender inglés porque la cultura es una cosa importante”, esta es una inversión de 10 o 20 sobre 100. O se puede decir “Tengo que aprender inglés sí o sí, porque así conseguiré un trabajo en Londres este verano, y no quiero perder esta ocasión por ninguna razón”. Por lo tanto la inversión o compromiso es mucho mayor. Comprometo una parte de mi vida y la invierto sobre mí, y no lo hago solo para probar, o apuesto con la idea de que “salga el sol por Antequera”, sino que me juego una parte consistente de mi vida... He llegado al punto que no puedo más conmigo mismo, no avanzo, y la decisión de fondo, es que me dedico a mi mismo, a tiempo completo, una parte de mi vida, más o menos un año y medio: o me la pego o me supero. Con otros pacientes hay que plantear el problema pero sin insistir mucho. El DEP si acepta empezar una terapia se compromete, de lo contrario, no lo acepta. Al OBS hay que limitarlo porque si no se compromete demasiado.

4.1.5 La reformulación y consentimiento para proceder

La reformulación es *el primer gran y verdadero acto terapéutico*, que presenta efectos consistentes. Cuando en una primera sesión se reformula bien el problema, el paciente vuelve y se encuentra ya mucho mejor y no se trata de un efecto placebo. Mediante la reformulación, se obliga a la persona a pensar en su problema de manera diferente. Este es el gran aspecto terapéutico, es la verdadera reestructuración cognitiva. La “re-organización” no se lleva a cabo en base a una “re-ordenación” de las formulaciones verbales, de las palabras (aspecto persuasivo), sino cambiándole las relaciones.

En el ejemplo del chico tartamudo de 14 años (DAP): su discurso es “Yo estoy mal porque tartamudeo” o sea él asocia su actuación general a una actuación sonora (el tartamudeo). No considera ninguna referencia con lo externo. El terapeuta lo reformula “Yo estoy mal a causa del juicio de los demás” de esta manera se le cambia la relación. Si él la asimila, la semana siguiente se verá obligado a considerar las cosas desde otro punto de vista. Este es el primer y fundamental acto terapéutico.

El hecho de definir un contexto de trabajo, un lenguaje común, un contrato terapéutico, coincide con la primera reestructuración cognitiva. Hay que detenerse en este primer escalón hasta que no se llegue a un consentimiento para pasar al segundo. El consentimiento se da si el paciente utiliza la reformulación que se le está proporcionando.

Al chico tartamudo se le plantea una reformulación relativa al juicio de los demás, el consentimiento para proceder se obtiene cuando se nota que el paciente empieza a utilizar el nuevo concepto dentro de sus relatos (podría ser solo un efecto persuasivo), pero lo usa en ámbitos de discurso diferentes con respecto a los que se han utilizado durante la terapia: esta es una señal de asimilación del concepto. Primer ejemplo de asimilación: en el caso del chico tartamudo, una buena señal es si él comenta “Ahora me acuerdo de aquella vez que empecé a tartamudear mucho, me encontraba en medio de una fiesta... nunca me lo había

explicado de esta forma”. Esto significa que ha asimilado el concepto y por lo tanto se puede pasar al escalón sucesivo. Pero mientras utiliza la reformulación solo en función del ámbito que el terapeuta le ha indicado significa que ha captado el aspecto semántico pero el significado no lo ha asimilado todavía.

Es lo mismo que pasa con los niños cuando adquieren un concepto, como afirmaba Piaget, y por lo tanto este concepto adquiere las características de reciprocidad y reversibilidad y se puede utilizar en otros contextos, (se vuelve transitivo) y no solo en el contexto en que se ha aprendido. Los niños en la fase del pensamiento concreto, hablan de las cosas solo en el ámbito correspondiente de aprendizaje, en los otros ámbitos es cómo si no fueran válidas. Cuando un concepto adquirido por parte de un paciente llega a ser recíproco, reversible y aplicable también en otros contextos significa que ha captado el aspecto invariante.

Asimilar significa captar el aspecto invariante y no el aspecto de la forma que toma el concepto. Y la señal, que siempre es la misma, la tenemos que pedir, pero sin sugerirla. En la práctica el tema de la reformulación no se acaba con la primera sesión. La primera sesión es la reformulación más importante, es la primera, la prototípica. Luego todo el proceso de terapia es una continua reformulación en función del problema que se está tratando. Cada reestructuración cognitiva siempre es una reformulación del problema.

Por ejemplo, frente a un FOB que comenta que se siente mal porque teme sufrir un ataque de corazón, la primera reformulación es llevarle a definir el malestar no tanto como un problema de corazón, sino como un temor a no sentirse lo suficiente protegido ante algunos peligros. Ya es una reformulación bastante significativa, es la primera reformulación. Luego se procede, reformulando el no sentirse protegido frente a algún peligro. Los peligros para él representan constricción y soledad. Procediendo de esta manera se llega a la tercera reformulación: analizar el constreñimiento y la soledad y plantear una reformulación en función de su problema, por ejemplo “Su matrimonio durante los últimos tiempos ha llegado a ser demasiado restrictivo”. A partir de un planteamiento del problema en términos físicos, se ha llegado a una reformulación del matrimonio en términos de constreñimiento.

Cada reestructuración cognitiva es una reformulación, es un trabajo constante. En cada fase, se toma en cuenta todo lo que se ha hecho en la fase precedente y se reformula el problema pasando a la fase sucesiva. Cuando se identifican todos los ámbitos de este paciente FOB (soledad, constreñimiento y pensamientos asociados) se dispone de muchos datos para entender que los momentos de constricción siempre se asocian a las cosas que la mujer hace o dice en función de la relación entre ellos. En este punto se puede llevar a cabo una importante reformulación y en cuanto el paciente la capta y la asimila, se puede pasar a la fase sucesiva y empezar a estudiar la relación con la mujer y los aspectos que le resultan restrictivos.

4.2 Persuasión y comprensión

Ya hemos tratado el aspecto diferencial entre una terapia cognitiva de tipo racionalista y una terapia estructuralista, o sea la diferencia entre persuasión y comprensión. Un terapeuta, cada vez que supone que existe un principio de objetividad para medir y evaluar el comportamiento del paciente, sin quererlo, empieza fatalmente a dar consejos y asumir una actitud persuasiva, pedagógica como si fuera un maestro.

La persuasión es una reestructuración semántica del significado personal, pero no incluye ninguna re-organización del significado personal. El paciente adquiere una forma de

hablar que antes no tenía, pero el significado personal no le cambia. Los FOB se sienten mejor con las terapias racionalistas pero el malestar se les queda como algo extraño. Adquieren simplemente más técnicas en el diálogo interior para controlar este sentimiento de extrañeza. Nunca llegan a entender que el malestar pueda consistir en emociones complejas relativas a un apego que no consiguen descifrar. Esto, en cambio, es lo que ocurre en los pacientes FOB en una terapia estructuralista. En una terapia racionalista, el FOB considera siempre el malestar como algo que no tiene que existir, y por lo tanto algo extraño a sí mismo, pero adquiere muchas técnicas, trucos en el diálogo interior, maneras de alejarse de la imaginación, mediante las cuales se siente capaz de controlar estas potencias extrañas. Cambian las estructuras semánticas, pero el significado no cambia.

La estrategia cambia completamente en función de que se utilice la persuasión (racionalista) o la comprensión (estructuralista). Si se busca la persuasión todas las reformulaciones se proporcionan en términos de discusiones contrastes, de “pillar” al paciente o sea de demostrarle cuán equivocado está pensando de esta forma. Si se utiliza la comprensión se intenta llevar al paciente a comprender sus maneras idiosincrásicas de verse a sí mismo y la realidad: el paciente se hace consciente de esto. No importan las contradicciones, es una pérdida de tiempo. El tema es estructurar con el paciente una colaboración terapéutica en la cual él confíe (aspectos emocionales de la relación), con la cual se le induce una actitud de autoobservación y se valora al máximo su material. La actitud es completamente diferente: un terapeuta racionalista con una orientación persuasiva, analiza las fantasías de un FOB, que consisten en imagen de volverse loco, ataques cardíacos, que la gente le ríe en la cara, que nadie le ayuda, y le critican. A partir de estos datos de autoobservación decide que algunos están bien y otros son irracionales y se lo hace notar.

El terapeuta estructuralista, en cambio, considera que todo está bien, que las fantasías son informaciones sobre el paciente que muestran cómo su actitud hacia el mundo es desconfiada. Es importante que él sepa *qué significa para él*, cómo se representa el mundo. El objetivo no es demostrar que piensa mal sino *qué significa para él su pensamiento*, qué informaciones capta sobre sí mismo a partir de su pensamiento. El planteamiento es completamente distinto e implica tiempos diferentes: de hecho la comprensión se prolonga mucho más que la persuasión. Lo que se puede conseguir en términos de autocontrol en un tiempo de 7 u 8 meses frente a un FOB dentro de una terapia racionalista, llega a ser de dos años en una terapia estructuralista que implica prestar mucha atención al *timing* que el paciente le ofrece. Al terapeuta racionalista le importa poco que el paciente asimile un concepto o no, le importa sólo que hable su mismo lenguaje como demostración que ha aceptado su punto de vista.

4.3 El hilo que hay que seguir. Preguntas adecuadas y preguntas equivocadas

La primera regla incluye el hilo que hay que seguir. El problema de perderse en seguir el hilo no existe ya que el hilo que hay que seguir es el del paciente. Por este motivo el terapeuta empieza a seguir el hilo al principio de la terapia. La definición de la agresividad que se da: “eres agresivo, no eres agresivo”, es el primer hilo que hay que seguir. El paciente proporciona una definición, una etiqueta de sí mismo, y el terapeuta empieza construyendo este hilo que él le ha proporcionado. Mientras se construye, él le proporciona otros hilos, comentando “creo que me he equivocado, no es que me hacen enfadar cuando... me hacen enfadar cuando me siento criticado injustamente”. Por lo tanto se abre otra cuestión: el hilo

siempre te lo da el otro. La exclamación “he perdido el hilo” ocurre muy a menudo, se escucha continuamente, como si existiera “una pregunta que hacer” “¿Pero cuál es la pregunta adecuada?”.

Aclaro este punto: no existen las preguntas adecuadas. El problema es construir una parte de pensamiento, acciones, emociones asociadas y mirar en qué medida la persona se da cuenta. No existen preguntas adecuadas para llegar a esto. La única cosa que debe quedar clara es dónde se quiere llegar, o sea cual es el objetivo; luego para alcanzarlo cada medio es oportuno: construir contextos, poner ejemplos, tomar una situación traída por el paciente anteriormente y crear una analogía. No existen preguntas adecuadas. Lo que importa es tener claro el objetivo que se quiere alcanzar, El objetivo tiene que quedar claro, por ejemplo “¿Qué significa para la persona una crítica injusta?”. No hay una modalidad adecuada para esto. Éste es un punto esencial, de lo contrario, implicaría afirmar que el hilo está afuera, que no viene del paciente, como si fuera algo establecido a priori, un conjunto de preguntas, de modalidades de trabajo adecuadas, que si se llevan a cabo de cierta manera están bien y si no, no está bien... quiero decir que *la pregunta adecuada no existe independientemente del contexto*. Si alguien dice: “tengo miedo a la crítica injusta”, utiliza una concepción: esta es una teoría. Una teoría, por lo general, para todos incluso los pacientes, es *una manera de unir una serie de hechos*: acontecimientos, pensamientos, acciones, emociones que le pasan por la cabeza, y cuando lo pone todo junto, dice “una crítica injusta”.

Para llegar a esto no hay una pregunta adecuada, todo es lícito, lo que importa es que él entienda que lo que el terapeuta le pide es referirse a todas las cosas que percibe, y por lo tanto cuando las nota dice: “¡Anda! Me han hecho una crítica injusta”. Este es el objetivo. Cómo se alcanza no es importante, no hay que codificarlo.

La pregunta equivocada: claro... hay preguntas equivocadas, son aquellas del chiste: es la historieta del psicoanalista que se encuentra con una paciente tumbada en el diván, mientras él anota todos sus sueños, ella le dice “Ah Doctor Freud ¿Como es que en estas sesiones nunca me ha preguntado acerca de mis amores? ... “Uhm, es verdad, ¿Cuántos amores ha tenido?”... “Ninguno”... estas son las preguntas equivocadas, son equivocadas en relación al contexto, no en sí mismas. El hilo que el paciente trae es éste, y el terapeuta lo ignora porque tiene otro esquema en la mente: “Tiene que contarme los sueños, si me habla de amor significa que está *resistiendo*”. Aquí lo que parece un ejemplo de ortodoxia, para mí es un equivocación.

4.4 Las técnicas: ¿Resolución de problemas o contextos de problemas?

Desde la óptica de los sistemas complejos, las “técnicas” de psicoterapia no existen: ya hemos dicho muchas veces que lo que produce un cambio es crear las condiciones para que el paciente pueda tomar una parte de conciencia que no sabe cómo manejar y mirársela desde todos los puntos de vista... por lo tanto las técnicas puede ser inventadas pero nunca sirven para los objetivos terapéuticos, como afirmarían los manuales clásicos. La técnica, desde esta óptica, es una simple herramienta con la que se induce al paciente a desarrollar este juego.

Por ejemplo, las técnicas de resolución de problemas, desde esta óptica, se miran de una manera diferente. La verdadera resolución del problema, la clásica, tiene mucha importancia en el enfoque racionalista ya que todos los problemas humanos se consideran asimilables a la lógica formal. Por lo tanto, desde esta óptica racionalista, se pueden formalizar todos los problemas, para todos los problemas hay una solución. Hoy por hoy esta óptica no se toma

mucho en cuenta, ya que no existen problemas objetivos en sí mismos. Un problema siempre depende del punto de vista del observador, no existen problemas en sí mismos. Por lo tanto lo que importa no es tanto la resolución de problemas sino el contexto del problema, o sea la manera en que la persona identifica un problema en los elementos “X”, “Y”, y “Z”: ¿Cómo hace el paciente para juntar e identificar en estos elementos un problema que debe ser resuelto? Éste es el elemento que parece más importante en una óptica sistémica, o sea la manera en que el sistema se crea un orden de la realidad y dentro de este orden identifica problemas que son problemas para él, pero que no son problemas en sí mismos, no son problemas objetivos.

Desde una óptica clásica de resolución de problemas, en cambio, se asume que un problema es igual para todos, tanto que se pueden hacer esquemas de *toma de decisiones* que se categorizan y se aplican a todos los pacientes que presentan el mismo problema.

En la resolución de problemas, tal como se plantea en los libros, el paciente presenta un problema, el terapeuta le enseña a definir el problema y luego se lleva a cabo la tormenta de ideas, o sea se lleva a “catalogar” todas las posibles soluciones del problema y de cada solución se toman en cuenta tanto las consecuencias sociales, a corto y largo plazo, como las consecuencias personales a corto y largo plazo. Después de haber llevado a cabo este procedimiento, se llega a una solución y el problema queda resuelto. Esta es la técnica... ¡Nunca ha funcionado!..., ¡No existe! Hecha de esta manera la terapia se podría llevar a cabo a domicilio, solo haría falta poner un programa en el ordenador.

La resolución de problemas es utilísima si no se utiliza como técnica, sino como una herramienta para que el paciente haga el trabajo que hemos dicho antes. ¿De qué manera? “Se improvisa” un discurso que sirve al terapeuta en un momento determinado, se toma en cuenta el hilo, y se lleva a cabo la lluvia de ideas... por ejemplo el paciente dice que no ve otras opciones: o matar a la mujer, o matarse él. Muy bien, se le hace llevar a cabo la lluvia de ideas, llevándole a buscar por lo menos 20 soluciones, ya que encuentra por lo menos 10 soluciones... la prognosis será positiva. Al realizar este ejercicio, se le ha obligado, sin que se dé cuenta, a “tomar distancia” y a mirarlo desde varios puntos de vista diferentes. Aquí la técnica se acaba, no hay que esperar que el paciente encuentre soluciones, sino que el terapeuta utiliza esta técnica a su servicio y provecho como “medio” para obligar al paciente a llevar a cabo este tipo de trabajo... y alcanza un cambio sensible, después de haber buscado 20 soluciones, el paciente deja de definir el problema como “O la mato, o me mato”. Lo que ocurre es que empieza a adquirir “otros” puntos de vista con respecto al problema del matrimonio. Y esto es lo que el terapeuta quería. Pero esto se alcanza solo si la lluvia de ideas se utiliza de esta manera, porque si se utiliza como “técnica terapéutica” se lleva a cabo un trabajo racional acerca de lo que es adecuado o no con respecto a las varias soluciones a corto o largo plazo.

La “profesión” es ésta: para cada cosa hay que adquirir una “habilidad” que es la que se tendría que adquirir durante la formación.

4.5 Los relatos del paciente: ¿Hechos o explicaciones?

Otro punto es relativo a *cómo tomar en cuenta los relatos del paciente...* ya he dicho que es un punto crítico, ya que al principio de la terapia una de las cosas que se tiende a hacer es dejar que el paciente dé “rienda suelta” a sus relatos, proporcionando unas concepciones aproximativas: “Yo soy así porque soy así, porque soy agresivo, porque soy intolerante, yo

no dejo que me molesten”. Llega a convertirse en una consulta de la “señora Francis”... Lo que hay que tomar en cuenta es que para el terapeuta las concepciones del paciente son de extrema importancia y hay que profundizarlas, *definiendo los hechos que con aquella concepción quiere explicar*; por lo tanto nunca hay que aceptar una concepción dándola por sentada. Para cada una... ¡stop!... se redefine y se explica que una concepción o una definición es una manera de recoger los hechos; hay que mirar la correspondencia entre los hechos y las concepciones que se utilizan para explicar la definición. Por lo tanto si un paciente dice: “Soy intolerante y no dejo que los demás me fastidien”. Hay que empezar a definir las situaciones en que el paciente se molesta por la actitud de los demás, cuáles son las situaciones que le fastidian, cómo se da cuenta que empieza a enfadarse,

Ésta es una cuestión esencial porque normalmente se tiende a confundir las concepciones que el paciente trae con los hechos correspondientes, a tomarlas como válidas: de esta manera no se hace nada. Todo el trabajo terapéutico consiste en dirimir esta serie de datos, tomar en cuenta los hechos y la manera en que el paciente denomina a estos hechos. Es a partir de esta relación continua que se empiezan a mirar los problemas: cómo el paciente se da cuenta del modo particular cómo los construye. Siempre hay que distinguir estos datos, y es de extrema importancia que el terapeuta lleve también el paciente a ser capaz de distinguirlos; siempre hay que dar al paciente esta explicación; o sea no proporcionarle la idea que no se aceptan su definiciones a priori, o porque se hace referencia a algún principio abstracto de precisión... hay que explicárselo paso a paso.

4.6 ¿Supervisión?

P: *En esta situación ¿Hay un sistema de control como el que se utiliza en el psicoanálisis o en una terapia familiar?... quiero decir ¿si hay una supervisión o un control externo, o de todas formas, un segundo observador que interviene en un segundo momento, como en el psicoanálisis o directamente como cuando se trabaja con el espejo unidireccional en terapia familiar?*

R: Yo no creo mucho en el rol de un supervisor externo, o sea de un supervisor externo a la sesión al estilo de la terapia familiar; O sea el terapeuta está en sesión y hay uno detrás del espejo que te mira. Esto lo comentaba también Valeria Ugazio²⁰ a propósito de la óptica que el supervisor externo está en una posición privilegiada de observador externo, de juez imparcial que está fuera del sistema. Creo que, en cambio, podría ser más útil activar discusiones en un grupo de investigación sobre la actividad terapéutica que en una supervisión; una reflexión también de relaciones personales además que profesional entre los terapeutas, en que uno expone cuáles son sus problemas: problemas en términos de angustia, miedo, pero también problemas cognoscitivos que representan el aspecto más interesante en un grupo de investigación. Se podría discutir también, y nunca se hace, acerca del significado de sentirte cuestionado por un paciente. Al llevar a cabo esta profesión, y yo trabajo desde hace 16-17 años, éste es el aspecto más grave porque a veces no te das cuenta, casi siempre te das cuenta luego, pero la cosa ocurre y sería importante tener alguien con quien compartirla. Pero tiene que ser alguien que hace el mismo trabajo... Esto ocurre con elevada frecuencia... creo que ya lo he contado, a mi me ocurrió por última vez el año pasado con un paciente que ya he citado varias veces, que a los 5 años cuidaba el hermano, un periodista con un significativo componente depresivo

P: *¿Era aquel que tenía sueños con el recién nacido?*

R: Si era él, yo había hecho un tipo de trabajo que me había llevado a encontrar unas coincidencias entre su historia y la mía y lo utilicé mucho para entender algunas cosas más. Cuando me contó el sueño del niño me afectó mucho porque, en aquel momento, me di cuenta que yo nunca había tenido esta imagen. Me di cuenta en aquel momento como curiosidad, pero no pude seguirla porque estaba trabajando, me di cuenta dos días después. Esta cosa continuaba “flotando” dentro de mí y me había cambiado el estado de ánimo, me había orientado la atención hacia otras cosas en los días siguientes. Son todas cosas que si no se comparten con alguien se pierden, pero si tienes alguien con quien poder hablar, estás obligado a recomponértelas más que cuando no se tiene a nadie con quien compartirlas: este sería el tipo de supervisión más útil porque te proporcionaría muchas informaciones sobre ti, sobre la influencia que los pacientes tienen sobre ti y por lo tanto sobre tus intolerancias hacia estos y de cómo estas intolerancias pueden llevarte a conceptualizar un problema más bien de una manera que de otra. Esto es muy complicado de llevar a cabo. No hay costumbre de hacerlo. Existe la costumbre de hacerlo solo en una precisa jerarquía: terapeuta joven-supervisor mayor. De esta forma se acepta “Yo voy al terapeuta mayor a pedir consejo”. Pero entre terapeutas *que tienen el mismo grado de experiencia*, que más o menos tendría que ser paritario, es muy difícil que ocurra aunque sería la cosa más útil²¹ .

Hasta que no exista un sistema formalizado, y creo que dentro de los próximos años difícilmente existirá... todo este aspecto se deja al arbitrio personal. Como por las actitudes de los terapeutas intrusivos... o sea los moralistas que te dicen lo que tienes que hacer, tipo: “Con los pacientes, debes hacer esto y dejar de hacer lo otro. No, haces bien al no hacer esto...”.

4.7 Las terapias breves y las terapias “anómalas”

P: *¿Te parece oportuno seleccionar a los pacientes?*

R.: Siempre he intentado hacer referencia al siguiente criterio: la mejor cosa es no seleccionar nada, aceptar a todo el mundo y luego se valora si hay una indicación para la psicoterapia o no. De esta manera el terapeuta se diferencia mucho y aprende, por ejemplo, a llevar a cabo una intervención breve. Hay muchos pacientes con los que no se puede hacer otra cosa, no solo en las condiciones ambulatorias, sino porque presentan una condición particular, o por ejemplo, viven en la otra punta del país, y como máximo pueden acudir una vez cada dos meses o cuatro veces al año: se puede trabajar también con estos tipos de pacientes.

Es importante porque todo eso enriquece aun más el repertorio terapéutico, te lo hace más fácil; se trata siempre de la misma cuestión: aprender la profesión, aprender a afinar bien. La cosa mejor es tener un horizonte abierto, o sea recibirlos a todos y diferenciarse desde el punto de vista de las intervenciones. Las intervenciones pueden ser muy diferentes.

Las psicoterapias breves existen y se pueden llevar a cabo. Todo depende de la experiencia del terapeuta, la única diferencia es que se reducen los pasajes, pero el tema siempre es el mismo. Pongamos el caso de un paciente depresivo, el tema siempre es el mismo, o sea un tema de pérdida: si el terapeuta tiene la opción de desarrollar un tipo de trabajo constante, lo lleva a cabo paso a paso y muy despacio; si no tiene esta opción, porque por ejemplo, el paciente puede acudir a terapia solo 5 veces al año, el terapeuta debe tener claro que las fases críticas de este proceso son éstas, tal vez habrá que omitir algunas demostraciones, pero siempre se debe dirigir directamente hacia estas fases.

P: *Es más difícil...*

R.: Claro, pero si el terapeuta se acostumbra a recibir a todos los pacientes, aunque resulte más complicado, puede aprender a llevar a cabo este trabajo. Puede ocurrir que, por una combinación de acontecimientos, algunos pacientes solo pueden acudir a terapia una vez cada mes, ya que no hay tiempo, el terapeuta se da cuenta que está llevando a cabo esta operación, y nota que él paciente empieza a entender, y que por lo tanto es posible pasar más rápidamente al tercer escalón, y ver cómo hacerlo. Las cosas se aprenden de esta forma.

P: *Pero algunas personas pueden seguir este ritmo y otras no...*

R.: Siempre es un tema de experiencia, también se aprende cómo hacer para que un paciente pueda profundizar un escalón... de esta forma se puede saltar el segundo escalón... En condiciones "normales" una operación de este tipo no se haría ya que implica más trabajo también para el terapeuta. Por lo tanto con un paciente "normal" que acude a terapia todas las semanas, se razona de esta manera "Yo también soy humano, quiero trabajar menos". Pero cuando toca hacerlo, se puede llevar a cabo, porque ya se ha aprendido cómo se realiza. Es mucho mejor dejar abiertas todas las posibilidades y a partir de éstas diferenciar las intervenciones.

Durante mis años de trabajo me ha ocurrido llevar a cabo terapias enteras por teléfono, y han sido todas experiencias que me han enriquecido. Con un paciente estuve tres años por teléfono. Cuando me quiso pagar las llamadas fue complicado, porque no sabíamos cómo hacerlo. Este paciente era un chico anoréxico. Los chicos anoréxicos generalmente son aún más graves que las chicas, muy a menudo son homosexuales... él presentaba un problema de identidad... era uno de los anoréxicos que presentan un aspecto un poco teatral-histórico. Tenía atracones seguidos por vomito regular; comía la pasta, la vomitaba y volvía a cocinarla. Presentaba también rasgos psicóticos. Vivía en un pueblo en provincia de X... por extraños motivos solo le vi una vez, probablemente por la típica imposibilidad a exponerse de los DAP... yo era el único terapeuta en quien confiaba, me había conocido una vez en Roma. Seguimos con la terapia por teléfono durante tres años, o sea él me llamaba con regularidad cada jueves de las 8:45 a las 9:10, 20 minutos por teléfono. Lo hice de esta forma. Después de tres años dejó de tener rituales bulímicos compensatorios, se fue de casa y se casó.

P: *¿Cómo fue? ¿Tú lo aceptaste, lo propuso él? ¿Cómo empezaste?*

R.: No. Es algo que te sucede. O sea que la cosa empezó de esta forma: los padres me suplicaban, comentando. "Usted es el único que puede ayudar a nuestro hijo, aunque solo sea por teléfono, no importa el precio, porque él confía solo en usted". Así empezó. El anoréxico se porta de esta manera para no exponerse, la única manera de interrumpirle este juego es decir "Vale, lo acepto, ya veremos como lo llevas..." Yo pensaba que abandonaría la terapia; y, en cambio, no, nunca la dejó, seguimos durante tres años...

P: *¿Fuiste directivo en la relación?*

R.: ¡Beh! Por teléfono no tuve mucho tiempo de explicarle muchas cosas: "Tienes que hacer esto, si la próxima vez no lo has hecho no me llames!" ¿Qué otras cosas se podrían llevar a cabo por teléfono? Por desgracia nunca tomé apuntes sobre esta terapia telefónica, ahora me gustaría mucho volver a leerlos; es algo que ocurrió hace más de diez años. Con los años le he hecho un seguimiento. Se ha casado, tiene los hijos ya crecidos, y todavía hoy llama de vez en cuando, una vez al año, por lo menos, para saludarme.

5 CAMBIO Y “NO CAMBIO”: ANALISIS DE DOS CASOS CLINICOS

Vamos a ver cómo se combinan los tres niveles (la relación, el assessment, y la estrategia) analizando en detalle el proceso terapéutico de dos casos que he llevado últimamente.

5.1 Primer caso (Terapia exitosa)

Es un caso bastante excepcional porque se ha conseguido desarrollar todo el trabajo en un solo año, máximo un año y medio. Es un caso “ideal”, o sea que no siempre es así tan fácil como éste. Estos son los casos en que la persona llega, que ya ha hecho un buen trabajo sobre sí misma, pero todavía no ha entendido como “juntar las partes”.

5.1.1 Primera sesión

Un hombre de 35 años, director de una empresa, casado desde hace 8 años, o sea desde los 27 años. Un hombre inteligente. Lo veo por primera vez en diciembre del X. Cuando llega a terapia presenta una aerofobia que se le había manifestado de manera gradual desde los 26-27 años y no sabe explicar por qué: asocia el avión a un teleférico o un ascensor que siempre le han dado miedo. Hasta este momento, había cogido muchos aviones. De repente, no sabe porqué, un verano se va de viaje por trabajo con sus compañeros y durante el viaje de ida empieza a sudar frío y a pensar obsesivamente en la vuelta. Desde este acontecimiento nunca ha vuelto a tomar otros vuelos, aunque esto le limita en el trabajo, ya que como director de empresa tiene que viajar mucho. Ahora siempre se ve obligado a viajar en coche.

P.: *¿El problema del teleférico y del ascensor lo tenía desde antes?*

R.: Siempre tuvo una cierta sensibilidad y agobio hacia el teleférico y el ascensor. Ahora no se sube ni al teleférico, ni al ascensor, ni al avión. El otro problema que le trae a terapia, tal como lo cuenta, es que presenta regularmente somatizaciones físicas. Se ve obligado a utilizar este término, ya que todos los análisis médicos que le han hecho, resultaron negativos. Durante el último año se había hecho muchos análisis, incluso intervenciones quirúrgicas (hace 3 años se operó de apendicitis a causa de dolores abdominales, y esta operación posteriormente se reveló innecesaria); durante el último año los problemas más significativos que tuvo, fueron taquicardias y extrasístoles recurrentes; acudía a dos visitas cardiológicas por semana y muchas veces acudió a urgencias, sobre todo los domingos. Dice tener mareos y vértigos. Al principio parece tener dudas acerca de la psicoterapia, ya que no consigue dejar la idea de que estas somatizaciones derivan de causa orgánica. Lo que no le cuadra es que todos los análisis que le hicieron, resultaron negativos... además él es un hombre sano, es un atleta que ni siquiera bebe ni fuma.

Situación familiar: está casado con una mujer “empresaria” que siempre está viajando por el mundo; una mujer que podría sacar billetes de vuelos gratuitos, o sea que si lo hubieran querido, hubieran podido viajar juntos por el mundo. Pero no puede a causa de la fobia a volar. Se casaron hace 8 años, o sea desde los 27. Le hago notar que es una fecha que corresponde con el inicio de la sintomatología... él no lo admite; es una clásica actitud de los FOB... Es una actitud que proporciona al terapeuta la información que el matrimonio le ha desequilibrado. No tienen hijos, de común acuerdo. Se conocieron cuando él se licenció. Esta mujer fue su gran amor, la experiencia más intensa que tuvo en su vida. No relata otras cosas acerca de la mujer, ni yo le pregunto nada. La familia de origen es una familia de

diplomáticos, él vivió durante sus primeros 18 años en “x” donde el padre trabajaba de diplomático. Cuando acaba el colegio viene a “Z” para hacer la universidad, aquí se licencia y decide quedarse. Define al padre como un hombre tradicional, muy emocional y preocupado sin especificar bien cómo son estas emociones y esta preocupación. La madre aparece como un personaje secundario respecto al padre, la define también como muy preocupada y controladora, siempre le ha limitado el tema de las amistades y de las salidas sociales, también porque tenía mucho miedo a las enfermedades; de hecho desde que era pequeño recuerda análisis y visitas médicas muy frecuentes. Cuando se vino aquí para ir a la universidad no notó demasiado la separación de la familia. Durante la primera sesión lo vi muy rígido, ni siquiera osaba moverse mucho y por lo tanto acepté como “cuestionable” el tema de empezar una terapia y le dije: “Ahora empiezan las vacaciones de Navidad, volveremos a vernos en enero, e iremos viendo si es posible plantear un programa”. En el lenguaje terapéutico “plantear un programa” significa: “vamos a ver si es posible reformular el problema para que se pueda trabajar con esto”. Le digo que es esencial que elija una orientación ya que si resulta que se trata de una enfermedad física hay que tomar otra dirección. Vuelve en enero, comenta que después de haberlo reflexionado ha llegado a la conclusión que plantear un problema emocional y psicológico le parece más consistente que no enfocarlo como una enfermedad física y por lo tanto está dispuesto a ver de qué dependen y a que se pueden asociar sus somatizaciones. En enero se empieza con estas sesiones de exploración para buscar una redefinición.

5.1.2 La reformulación del problema

P.: *Siempre planteas elegir entre la vía somática y la no somática...*

R.: Frente a un FOB, sí. Su problema siempre es éste.

P.: *¿También porque se le tiene que dejar el control a él? ¿Correcto?*

R.: Sí, además de dejar que sea él que tenga el control sobre la decisión, nunca hay que dar consejos. Frente a un FOB, siempre hay que pedir un planteamiento específico entre la enfermedad somática y el problema psicológico, antes de intentar una psicoterapia. Tiene que ser el paciente quien escoja, el terapeuta no tiene que tranquilizarlo sobre el hecho de que no se trata de un problema somático, sino psicológico. Es el tema de “No dar consejos” ni siquiera hay que decirle: “¡Pero ya has hecho miles de análisis y no ha resultado nada, esto significa que no es un problema somático!”. De esta manera utilizamos la persuasión. Es como si se le comentara “Eres como un niño tonto al que se tiene que explicar las cosas.... No te das cuenta de nada, ¡Eres tonto!”. De la segunda manera es como si se le comentara “Eres un adulto, tienes 35 años, ¡puedes solo confiar en lo que crees! Tú decides, yo hago este trabajo, no soy cardiólogo. Cuando hayas escogido, me avisas y ya veremos”. El terapeuta establece una regla. Las elecciones son tuyas, no suyas. Después que ha hecho miles de análisis, y que se ha decidido por la psicoterapia, se deja de hablar de enfermedades somáticas. De todas formas los FOB, siempre presentan síntomas somáticos, incluso síntomas somáticos muy raros.

P.: *En tu opinión en qué medida influye el factor cultural sobre esto... o sea a mí me vienen bastante a menudo pacientes fóbicos con una cantidad de análisis y con un nivel de reflexión sobre esto mucho menos elaborado; el médico de cabecera les ha aconsejado hacer el ECG, que resulta negativo y les comenta que puede ser que no tengan nada a nivel orgánico, que vayan al psiquiatra: por lo tanto es implícita una solicitud de confirmación*

por tu parte como especialista, es decir “Si es una enfermedad psiquiátrica, es un trastorno de otro tipo”.

R.: Aquí siempre hay que hacer una maniobra más, pero se tendría que llegar al mismo punto, o sea que es el paciente el que escoge que se trata de un fenómeno psicológico y quiere orientarse en esta dirección. El nivel cultural del paciente no tiene que ver mucho, o sea tiene que ver para el terapeuta en la medida que tiene que utilizar un lenguaje que se adapte al nivel del paciente. Cuando el paciente llega a terapia, y son la mayorías de los fóbicos, solo se ha hecho uno o dos electrocardiogramas y el médico de base le sigue prescribiendo análisis, el terapeuta, en estos casos, debe volver a empezar desde cero, comentándole “Uno de los problemas psicológicos que presentan estos trastornos de ansiedad, etc., es el hecho que usted no tiene una posición definida con respecto a la naturaleza de estos problemas, o sea, si tienen que ver con factores psicológicos o somáticos. Puede comprender que, si no asume una posición definida, es obvio que no podrá seguir una terapia específica; si duda acerca de su origen somático o no, haga todos los análisis, y si vuelve analizaremos el otro aspecto”. No es el terapeuta que le da una solución, sino solo le introduce situaciones y contextos, para que se puedan utilizar en el futuro... “Una vez excluido este hecho somático, no volveremos a comentarlo: usted tenía este miedo, y está bien que se lo haya mirado... ahora podemos dejar de comentarlo”.

P.: *¿Y en el caso de un paciente que llega a terapia con un trastorno menos somático?*

R.: La verdad es que todos lo son, pero en cuanto los miras bien, los pacientes siempre los definen desde el lado somático. Somático, quiere decir, que siempre se trata de un miedo que se percibe a nivel corpóreo. Incluso pueden ser síntomas raros, como el paciente que no sale de casa porque tiene miedo que le venga la polaquiuria y por lo tanto teme mearse encima mientras se va por la calle... pero siempre es el mismo tema... no sale de casa o no se mueve, si no es acompañado.

Vamos a analizar las situaciones: la manera de reformular un problema es utilizar el material significativo que el paciente trae como “explicaciones”. El tema es recoger todos los acontecimientos de ansiedad y reconstruirlos desde una óptica cognitiva tradicional: acontecimientos de ansiedad con antecedentes y consecuentes. De aquí derivan los datos en que todos los acontecimientos ansiógenos se asocian al tema del juicio crítico de los demás, tanto en casa como en la oficina. Por ejemplo, justo unos días antes al salir del trabajo tuvo los mismos ahogos y por lo tanto acudió inmediatamente al cardiólogo; relata que por la tarde había tenido una discusión con el director... mejor dicho, no tuvo una discusión con el director, sino había supuesto que la manera de portarse del director significaba una crítica hacia su trabajo... apenas el director se fue, empezó a tener los primeros ahogos físicos. Pongo otro ejemplo: vuelve a casa a las 20:30 esperando a la mujer, que debería haber vuelto a la misma hora. Prepara la cena y 15 minutos después le llama la mujer avisándole que por motivos de trabajo no va a llegar antes de las 22:00 a casa. A la media hora empieza a sentirse mal y se va a urgencias. El dato significativo es lo que piensa durante esta media hora, mientras empieza a tener mareos, etc., siente un poco de resentimiento hacia la mujer ya que ella siempre “prefiere el trabajo a él” (según sus propias palabras). Este es el tema del juicio en los DAP, y no es un tema FOB de falta de protección (ya había notado durante la primera sesión, que la atención y el cuidado prestado en su forma de vestir era típica de un DAP-FOB, y sobre todo la manera de hablar, no presente en el FOB). Se intenta ver si hay una conexión entre sensibilidad al juicio de los demás y malestar. (Los fóbicos tardan mucho en este

aspecto). La primera reformulación es ésta, y él la acepta bastante bien, creo que ya la tenía, pero todavía no la había conectado. Las cosas siguen de esta manera durante todo enero y febrero. Utilizando la reformulación que se le había proporcionado, o sea que los ahogos estaban asociados a la sensibilidad al juicio, empieza a crearse un pequeño mapa de estas situaciones.

5.1.3 *El análisis del problema reformulado*

En general todos los síntomas en el trabajo se asocian a dos situaciones generales, crítica explícita por parte de superiores, comparaciones con los superiores, como: “Éste tipo tiene 35 años y ya es director, yo tengo 35 años y todavía no lo soy; luego soy tonto”; o todas las circunstancias en que tiene que tomar iniciativas como director, cuando lo es. La iniciativa para él consiste en exponerse, hecho que le hace vivir como si estuviera saltando en el vacío. Por ejemplo: siente un fuerte malestar en el torneo de tenis con los dependientes de trabajo, llega a la final y justo en este momento le viene un ataque de ansiedad que no le permite jugar el partido; por el miedo a no ganar y por lo tanto a no ser considerado por parte del jefe como el brillante director que tendría que ser. Le viene un ataque de corazón durante la final del torneo y se ve obligado a abandonar, perdiendo el partido, pero en cuanto DAP, consiguiendo gestionar su fracaso (“He perdido porque me he sentido mal”). Trabajamos durante todo febrero sobre estos acontecimientos especificados en los detalles, siguiendo con las auto-observaciones. Le llevo a entender cómo a partir de los juicios de los demás él deduce la definición del sí mismo. La auto-observación también se lleva a cabo con la técnica de “pelar la cebolla” o sea profundizar cada vez más en su comprensión. Por lo tanto se le lleva a que pueda detectar su sensibilidad general al juicio. Luego se va más allá. ¿En qué consiste esta sensibilidad? Para él, el juicio significa sentirse definido; llegamos a ver en qué consiste sentirse definido. Y así sucesivamente. Durante todo febrero se trata el tema del trabajo, pero también el tema de los juicios de la mujer. La mujer prefería constantemente el trabajo a él, etc., por lo tanto empieza a enfocar todas las situaciones en que se da cuenta que la mujer prefiere el trabajo a él; empieza a enumerar toda una serie de situaciones en que es evidente que el discurso no se limita solo a esto. Por ejemplo, cuando están juntos con los otros amigos en la casa de verano, él no se siente considerado, sino excluido por parte de la mujer. En esta situación la mujer siempre habla con los amigos y nunca con él. Él no sabe explicarse bien por qué se siente incómodo por esto, son amigos, no es celoso, pero... y en este punto es él mismo quien plantea el problema que probablemente no se trata solo del trabajo. Yo le muestro sus datos, el discurso es más amplio, puede ser que él y la mujer tengan concepciones del mundo completamente diferentes. Tratamos este aspecto, estamos al final de febrero, le digo “Muy bien, en la próxima sesión empezamos a explorar este aspecto, tomamos en cuenta todas estas situaciones en que usted se da cuenta de esta diferencia de concepciones de vida y dividimos los ámbitos: vida social, trabajo, vida conyugal, concepciones de la afectividad, valores de la vida en los que se hace evidente esta discrepancia”.

Él es muy bueno en llevar a cabo las tareas, durante el mes de marzo se lleva la construcción de esta “*identikit*”, analiza muy bien las diferencias. Por ejemplo, una actitud hacia la realidad: en su opinión la mujer es más sensible a los datos interpersonales, más dispuesta hacia los amigos y hacia los demás en general; él, en cambio, está menos por la vida social, por la noche preferiría quedarse en casa con su mujer. El hecho que la mujer prefiere salir con los amigos lo explica por el hecho que él no es competitivo con la mujer, y que esta

quiere otras cosas de él. Es siempre un tema de elección, de sentirse escogido o no, y de un juicio favorable en términos de amabilidad.

El trabajo de la mujer es el tema más importante ya que cuando ella empezó a trabajar, para él fue una de las decepciones más fuertes que le había ocasionado. Tiene una concepción de la mujer, antigua, tradicional, de una mujer que viva solo para él y la familia. En cambio la mujer es una directiva, que viaja y es una persona muy concreta. Por lo tanto se nota siempre el tema de no ser competitivo, de “quedarse constantemente en segundo plano” con respecto a los valores de la vida de la mujer, como el éxito en el trabajo, ser considerada una leader por parte de los amigos.

Concepción sobre la femineidad: él dice que la decisión de no tener hijos fue una decisión que tomaron de “común acuerdo”. La verdad es que fue una decisión muy dura para él; tomó la decisión de acuerdo con la mujer en la medida en que le parecía que para esta mujer-empresaria hubiera representado un problema tener un hijo, no quería ponerla en una posición incómoda, pero para él hubiera sido importante tener un hijo. Las tareas que le pongo para casa se focalizan en diferenciar las emociones: (aquí se refiere a la tarea de focalizar las emociones desatadas por la diferente concepción de vida entre él y la mujer, es decir: cada vez que note esta diferencia tiene que detectar las emociones que está sintiendo: incomodidad, tristeza, malestar, rabia, resentimiento, arrepentimiento, decepciones).

P.: *¿Durante la sesión le preguntabas por lo que estaba sintiendo?*

R.: No, le asigno tareas para casa, tareas que consisten en detectar las diferencias desde una óptica conceptual, y mientras constata estas diferencias, hay que fijarse en las emociones que se siente en aquel momento.

La cuestión es llegar a hacerse *representaciones explícitas adecuadas* de lo que se siente, es un problema para todos. El malestar proviene de no tener representaciones explícitas adecuadas de lo que se siente. Lo que alguien siente hay que representarlo en términos de imágenes, teorías, diálogos interiores, creencias. Ocurre un acontecimiento importante: durante el mes de marzo mientras lleva a cabo este trabajo los ataques de taquicardia disminuyen progresivamente. Se producen algunas circunstancias en las que sigue teniendo mareos, como cuando la mujer le llama para avisarle que vuelve a casa tarde, pero no presenta ni taquicardia, ni miedo al ataque de corazón, sino significativas reacciones depresivas, fuertes sentimientos de tristeza y desesperación, a veces tiene ganas de llorar, a veces le parece que se ha equivocado en este matrimonio. Hay un desplazamiento evidente...

P.: *¿Quieres decir que “le han llegado a la cabeza”...o sea que no las somatiza, sino que es consciente de ellas?*

R.: A veces le parece increíble, pero puede ver esta asociación directamente. En cuanto estas emociones llegan a ser “objeto del pensamiento”, se pueden expresar en conceptos, se pueden manipular, y pierden el aspecto que provoca el malestar. Expresa más estas emociones, se vuelve más reivindicativo hacia la mujer, antes era mucho más tolerante o condescendiente, nunca reaccionaba y siempre estaba dispuesto a apoyarla en cualquier cosa. Yo insisto sobre este aspecto de la diferencia de estilos de vida y de detectar las emociones que la percepción de esta diferencia le suscita. De esta manera llegamos a abril, después de las vacaciones de Semana Santa, él se había ido a la montaña e interrumpimos la terapia durante 20 días. Las vacaciones representan siempre una época crítica para él, ya que la mujer no deja de trabajar ni siquiera durante las vacaciones, muy a menudo se va de viaje y él se queda solo sin puntos de referencia, a veces en algún albergue, sin ni siquiera

un servicio de urgencias cercano. Estas vacaciones de Semana Santa, si se mira bien, van mucho mejor con respecto a otras. No presenta muchas manifestaciones de ansiedad y sigue llevando a cabo durante todas las vacaciones su trabajo de detectar qué emociones siente al notar las diferencias de concepción con la mujer, y empieza a sacar toda otra serie de cosas, de las que nunca me había hablado.

Esta diferencia de concepción de la vida con la mujer le hace aflorar otros temas, por ejemplo: se da cuenta de que nunca ha conseguido por parte de la mujer, la centralidad que esperaba conseguir por su parte. Mejor dicho, no cree que la mujer esté muy vinculada a él. Empieza a desplazarse hacia el aspecto afectivo y emocional. Se da cuenta que no tiene ningún control sobre ella, o sea que la mujer viaja por todo el mundo y por lo tanto podría tener tres mil relaciones interesantes con otros hombres y él se queda completamente “fuera”. Se da cuenta de esto, pero no lo quiere pensar. Y el hecho que él no se vaya de viaje por el mundo con ella, le permite no darse cuenta de los ambientes que ella frecuenta, no darse cuenta de las personas que ella podría encontrar.

P.: *¿Es una hipótesis suya?*

R.: Dice lo que hace: “Creo que no me voy de viaje también por esto, no me voy porque si veo donde va mi mujer, luego no puedo, quedándome aquí, imaginar lo que ella puede hacer allí”. Es una hipótesis típica de los DAP: prefiero no saber, no enfocar, si no las enfoco significa que las cosas no existen. Es la típica conducta de auto engaño de los DAP, en la que no importa si ya sabes algo... lo que importa es considerarlo como si no existiera. La última cosa que dice es que él nunca se ha sentido apoyado por parte de la mujer, ni siquiera ella ha compartido con él sus decisiones de vida: sus elecciones de trabajo... al contrario, siempre se ha sentido criticado por parte de ella. En este punto estoy bastante satisfecho, y al final de abril llevamos a cabo tres sesiones donde le llevo a enfocar aún más el tema de la diferencia de las concepciones del mundo entre él y la mujer, que percibe en términos de juicio y exclusión, como un juicio de no valor por parte de la mujer. El hecho que para la mujer la vida social tenga más importancia que para él, lo ve como que la mujer prefiere los demás a él. Al principio de mayo empiezo a llevarle a enfocar el tema de la sensibilidad al juicio de los demás y la definición del sí mismo, ya que el tema de la diferencia con la mujer y de las emociones asociadas a esto ya lo lleva bastante bien. Lo llevo a trabajar siempre sobre este aspecto, por ejemplo: la definición de sí mismo que le viene de la idea que la mujer llegará a casa tarde y que rechazará una propuesta de vacaciones en el que hubieran podido quedarse los dos solos, a favor de un tipo de vacación social con los amigos... Cuando la mujer rehúsa ir en barco con él, prefiriendo ir con los 150 amigos de siempre, se siente como un hombre inútil, como una persona que no vale nada...

Este tipo de planteamiento se lleva a cabo también en el tema del trabajo: cuando el jefe le critica... él se siente anormal, incapaz, un fraude, que todos conocen, todos lo han descubierto. Esta asociación entre el juicio de los demás y la definición del sí mismo está siempre presente. Al final de mayo le planteo un tipo de trabajo que lo lleve a cambiar el punto de vista sobre la manera de considerar a los demás.

5.2 EL COMPORTAMIENTO DE LOS DEMÁS COMO INFORMACION SOBRE SÍ MISMO, Y/O COMO INFORMACION SOBRE LOS DEMÁS

Voy a explicar brevemente una técnica que utilizo para cambiar la perspectiva en la manera de ver a los demás, sobre todo con los pacientes con el problema del juicio. Entre

comillas se explica también otra diferencia con los racionalistas: en las terapias racionalistas el tema del juicio se encara, criticándolo... “No es racional pensar que el otro pueda juzgar, definir”. Lo que propone nuestro enfoque es entrenar a los pacientes a mirar los demás desde otro punto de vista, enseñándole como el “sentirse juzgado por los demás” es solo uno de las posibles formas en que se pueden considerar los demás. En la práctica el trabajo que llevo a cabo, cuando la asociación entre el juicio de los demás y la definición del sí mismo está clara, es proponerle este esquema (que cada uno de vosotros puede aplicarse): considerar el comportamiento de los demás como una comunicación, y por lo tanto como una información. El problema es éste: *¿a quién pertenece el hecho que el comportamiento de los demás es una información; información sobre quién?* Y es fácil demostrar que sólo hay dos ópticas posibles, dos respuestas (Fig. 5).

La primera perspectiva consiste en considerar el comportamiento de los demás *como una información sobre mí*: el comportamiento de los demás define quien soy yo y cuánto valgo. O sea: si “x” se porta de esta manera, ¿qué piensa de mí, quién soy yo? Esta es la clásica óptica del juicio, en la que el comportamiento del otro significa una información sobre mí, concretamente define quién soy yo. Es lo que hacen los DAP con la comparación: “He visto a este hombre, tiene un coche muy chulo, tiene dinero, y esto significa que yo no valgo nada”: la definición de sí mismo viene desde afuera, llega desde el comportamiento de los demás.

La segunda: considerar el comportamiento de los demás como una información sobre ellos. En que el axioma es: el comportamiento de los demás es la expresión directa de la manera en la que ellos se ven a sí mismos y el mundo. *Si “x” se porta así, ¿quién es él? ¿Qué valores del mundo tiene? ¿Qué objetivos persigue?*

Fijaos, es una óptica completamente diferente: en la primera óptica, no hay ningún conocimiento de los demás. Por ejemplo, imaginemos una chica que ha tenido 750 historias de amor, y no conoce para nada a los hombres, se siente tonta por esto, pero nunca profundizará en el conocimiento para saber quien son los hombres “como tales”: todo se refiere siempre al sí mismo (“éste me ha llamado, entonces significa que valgo, que soy amable...”). Cuando se trabaja con un DAP y se le muestra la otra óptica, llega a darse cuenta dramáticamente que nunca ha conocido a los demás. Los demás siempre se consideran un “pretexto”, los demás representan siempre una validación o invalidación del sí mismo: pero no hay un conocimiento, ninguna profundización de la experiencia con los demás ²².

En la práctica concreta el trabajo que se lleva a cabo es: se toma un acontecimiento significativo del día en que se hace evidente el problema del juicio. Por ejemplo, el jefe comenta “Martínez, usted no vale nada”. Ahora la misma “escena” se toma en consideración de dos maneras, como una información sobre sí mismo y luego desde la otra óptica: quién es una persona así, qué objetivos de vida tiene, qué concepciones políticas sustenta, qué relación tiene con la mujer, si le traiciona o no, *quién es él independientemente de quien soy yo, como en una óptica “etológica”*.

Figura 5

COMPORTAMIENTO DE LOS DEMAS = INFORMACION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ INFORMACION SOBRE SÍ MISMO ➤ INFORMACION SOBRE EL OTRO
---	---

P.: *¿Quiénes son los demás, o sea todos los demás o solo las personas significativas?*

R.: Todos los demás. El comportamiento de los demás siempre es una información

sobre los demás. Todos.

P.: *También en el caso de alguien que te resulta indiferente?*

R: Todos

P: *En este caso ¿se refiere al jefe?*

R.: Obvio, hay que trabajar con los acontecimientos significativos para el paciente. El paciente tiene que esforzarse en mirar cada acontecimiento significativo desde las dos ópticas. La cosa importante es que haga el doble trabajo, sobre los dos niveles: no es importante que el terapeuta le explique que la primera óptica no es la adecuada y que la segunda lo es, tal y como haría un racionalista: lo importante es que capte que hay una diferencia entre las dos maneras de ver el mundo. Es un gran descubrimiento para él o sea ver como la realidad es exactamente la misma cosa; pero si se cambia desde el interior se ven cosas sistemáticamente diferentes, casi opuestas.

Si os lo aplicáis a vosotros mismos, os sorprenderá ver que cuando se analiza un acontecimiento “x” desde esta doble óptica (ver figura 5), no solo hay cambios de detalle, sino que las realidades resultan especularmente diferentes, opuestas. Por un lado la realidad parece blanca y por el otro, negra.

Las objeciones ante un trabajo de este tipo son muy interesantes: el primer tipo de objeciones, lo que se llamarían “resistencias”, es que el paciente no lo entiende... es obvio que no lo entiende, hay que explicárselo muchas veces... las primeras tareas son siempre vacías-inconsistentes. Cuando el paciente llega a entender que existe otro modo de interpretar el comportamiento de los demás, ya casi ha llegado a percibir la diferencia. La cosa más interesante ocurre cuando el paciente capta la diferencia y empieza efectivamente a considerar muchos acontecimientos desde la segunda óptica: el efecto que le suscita es casi siempre un efecto depresivo, es como decir “Si, conozco bien a los demás, pero me siento alejado de ellos, me producen menos emociones”. Claro, antes cada cosa que le venía de los demás era como un “puñetazo”. El efecto al principio es: “Me siento mucho más autónomo, independiente, menos condicionado por parte de los demás, pero me siento menos disponible”. ¡Claro! Antes estaba siempre en “ascuas”...

P.: *¿Hay que anticipárselo?*

R.: Cuando lo sabes, se lo anticipas... y luego lo tranquilizas también.

P.: *Si te llega un DEP, se va a deprimir todavía más....*

R.: Para un DEP, en general, no es un gran problema. Hay pacientes depresivos que presentan temas de juicio, pero no ponen este tipo de objeciones. En cambio los DAP, sí. Los DAP, siempre tiene la idea de ser espontáneos, de ser buenos con los demás, para ellos la relación es una prueba de su gran disponibilidad hacia los demás... En cambio el paciente depresivo no lo presenta. Ahora vamos a intentar aplicarlo a nosotros como terapeutas: un terapeuta que toma en cuenta el comportamiento del paciente como una información sobre sí mismo, a la primera objeción que el paciente le hace, piensa... “¡Me he equivocado!” en este trabajo es fundamental considerar que todo lo que hace el paciente es una información sobre él.

P.: *El hecho que se toma en cuenta una información obtenida por alguien como una información sobre la propia manera de ser, ¿qué tipo de repercusiones tiene sobre la manera en que se considera a sí mismo? Pongamos el ejemplo del jefe: el paciente estructura el discurso comentando “El jefe me ha regañado, no soy yo el tonto, sino él que por alguna razón me ha regañado...” tendrá una manera diferente de verse. No es que luego llega a*

interpretar esta cosa como “¡Por lo tanto, el tonto es él!” ¿Existe esta posibilidad?

R.: Sí, siempre lo hacen... en este caso el terapeuta le hace notar que aquella es siempre una información sobre ellos. Por ejemplo: “Mi mujer me ha dicho que no vuelve a casa, esto significa que yo no soy amable”..., información sobre él... Pero “mi mujer es una cabrona al decirme que no soy amable todas las noches”, capta una parte de la información sobre ella: “Ella siempre me ha dicho que no soy amable, pero es una cabrona al decírmelo de esta manera, podría decírmelo de otra forma”. Esto la muestra a ella como agresiva, es una información falsa sobre ella, se le hace notar al paciente. La óptica de base queda igual, no hay dudas acerca de que lo que su mujer le dice significa que él no es amable, cambia solo el hecho que su mujer ha sido inoportuna al decírselo en aquel momento”

A veces el acontecimiento es más trivial y es posible hacerle notar el cambio completo de óptica. Me acuerdo, por ejemplo, de un paciente DAP, con problemas alimentarios... nunca había hecho un examen en la universidad... tenía enormes problemas de confrontación, al final se puso a trabajar en una empresa de obrero. El tema de juicio para él era fundamental, ni siquiera bajo tortura se hubiera expuesto, incluso bajo tortura hubiera podido decir algo mal que le exponía a un juicio negativo... se empieza a trabajar sobre este tema, tardando cuatro meses solo para llegar a definirlo en general, o sea “que hay un problema de sensibilidad al juicio”. Se empieza a trabajar sobre un acontecimiento que él trae: cuenta sobre una compañera que trabaja con él desde hace 15 años, con la que cada mañana se encuentran en un bar para tomar el café... Son amigos, él nunca intentó nada con ella... una día ella en un tono medio en broma, medio en serio... le comenta que lo veía solo como un amigo, un colaborador de trabajo, y esto le alegraba porque, por suerte, él no era para nada el tipo de hombre que le gustaba, en caso contrario, hubiera supuesto un drama, ya que ni siquiera si se hubieran quedado en una isla desierta, hubiera podido ocurrir algo entre ellos, ya que él no era para nada “su tipo”. Lo toma como una información sobre sí mismo y al día siguiente evita ir al bar. No puede ver las cosas desde otra óptica. La otra óptica significa entrenar al paciente en la observación, explicarle cómo ver esta escena como si fuera una película, colocarse en una platea y mirar esta escena. Hay que hacerle este razonamiento: admitiendo que este hecho es verdadero, que esta chica está contenta que su compañero solo es un amigo, sin más, ya que no le gusta nada; ¿Que interés tendría en decírselo, ya que lo que quiere ya lo ha obtenido? Si ella tiene interés en comentárselo probablemente significa que el discurso es diferente, puede ser un reto, una provocación; es decir “espabila, a ver si esta provocación te hace reaccionar”. Se nota la diferencia con lo que “aquí” se interpreta en términos de rechazo, “allí” es una maniobra seductora. Solo en este momento le pasa por la cabeza que la compañera desde hace 10 días muestra una actitud rara hacia él... Justo desde cuando él se ha ido al cine con otra compañera de otro departamento. El hecho que se haya acordado de esto mientras estaba haciendo este trabajo, significa que ha captado la óptica, o sea que ha entendido que el mundo se puede ver desde otro punto de vista... Era la primera vez que había visto los dos aspectos simultáneamente.

Volviendo al caso: durante el mes de junio se trabaja con esta modalidad. En el trabajo ya no tiene problemas de ansiedad como antes, en cambio, se ha creado un “mapa” al que puede asociar todas las costumbres del jefe, del compañero. Con la mujer se vuelve aun menos condescendiente: una noche toma la iniciativa, nunca lo había hecho antes, de clarificar algunos aspectos de la relación... le comenta que “él no sabe qué representa la mujer para él”, no sabe, sí para él, “ella representa una mujer o una seguridad”. La mujer

atribuye estos comportamientos a una época de “crisis nerviosas”. Esta situación sigue durante todo el mes de Julio, él nota con mucho estupor un sentimiento de intolerancia en todas las situaciones que no le agradan, con mucha más agresividad: “¿qué te pasa? Te has vuelto intolerante...”. A mitades de Julio, decide, después de la enésima clarificación con la mujer que sigue negando todo (que no hay problema, que ella sigue mirándolo como su marido), dejar de lado el problema durante el verano. Se van de viaje juntos pero se prestan menos atención uno al otro. La mujer en Julio se va afuera por un viaje de trabajo, y durante esta ocasión ocurre algo nuevo para él: por primera vez desde que se había casado, no presenta ansiedad, ni pensamientos de peligro durante este periodo, pero siente una fuerte tristeza acerca del hecho que la relación con la mujer no es como antes. En septiembre lo veo completamente transformado: durante otra vacación con los amigos, me cuenta que la mujer le parecía como distraída, desatenta, los amigos los encuentra aburridos, y por lo tanto se cansa de quedarse allí y decide irse solo a otro viaje con otros amigos... nunca lo había hecho antes... aquí empieza una relación extra conyugal... Es la primera vez que le pasa en 8 años. Lo hace a conciencia. Dicho en sus palabras “lo que más me atrae de esta mujer (que tiene 10 años menos que él) es que con ella percibo exactamente lo que echo en falta de mi mujer... el hecho de sentirme importante y único para alguien. De hecho lo que sorprende es que no presenta ningún sentimiento de culpa, sino solo que ve más clara la relación con la mujer y por primera vez empieza a plantearse la separación. La mujer le intenta dar la enésima redefinición en términos de “crisis nerviosa” y es interesante comprobar cuán distante se siente del juicio de la mujer. Ella le propone también una visita con un psiquiatra de confianza. Él interpreta esta situación como un intento de la mujer de negar el problema y tener el control sobre él (lo interpreta como una información sobre ella) mientras tanto la relación con la otra sigue adelante, va a visitarla todos los fines de semana, ya que ésta vive lejos de donde él vive. Durante el mes de octubre ocurren dos hechos importantes: él acaba con esta relación, comentando que el provecho que hubiera podido sacar de esta relación ya lo había conseguido, refiriéndose al hecho de experimentar lo que le faltaba de su relación matrimonial... Esta chica no le hubiera podido dar más que esto. El aspecto positivo es que esta historia no la vive como un devaneo para no pensar en el problema, ni tiene ningún síntoma somático, etc... La experiencia con esta mujer significa abrirse a una experiencia “adicional”. En octubre empieza el tema explícito de la separación. Obviamente en cuanto DAP, dice “Si siento algunas emociones en otra relación significa que mi matrimonio está en crisis. Durante la última sesión se sacan dos temas: el primero es que le parece siempre menos raro el hecho de subir a un avión, en cambio, le parece útil ya que ahora tiene otra relación en curso en X. Aquí relata, como si hasta este momento nunca se hubiera organizado su parte de conciencia, que el primer ataque de ansiedad lo tuvo en avión: había ocurrido la primera vez que iba a visitar la mujer a X. El acontecimiento: él se había ido sin ganas. Porque la mujer, que hubiera tenido que irse de vacaciones con él, le llamó para avisarle que no podía irse, por motivos de trabajo, solicitándole que fuera a verle allí donde ella estaba trabajando. Aquí tuvo el miedo de quedarse atrapado en el avión, como en un ataúd, cosa que nunca le había ocurrido antes. Otra cuestión importante: en la última sesión él ha enfocado este contraste entre protección y libertad, siempre este tema “No se si es una mujer o una medida de seguridad”

5.3 Discusión

Bien ahora vamos a comentar la estrategia terapéutica y los contenidos. ¿Que os parece? Es un “abandonista”²³. Su problema matrimonial es un tema muy delicado: frente a esto, un terapeuta racionalista se convertiría en un abogado experto en temas de separación, lo comentaría y le daría consejos, analizaría si es racional o no considerar la mujer como entregada a él o no, etc. Un estructuralista no toma ninguna posición. En la última sesión él comenta brevemente el tema de la separación: sigue con este proceso de clarificación con la mujer y yo he prestado mucha atención a no darle ninguna respuesta. Este hombre tuvo la “delicadeza” de no hacerme preguntas directas sobre este tema. Tenía claro que el trabajo se hacía sobre otros contextos, no sobre lo que él hará o no con la mujer. Lo que decida es un problema suyo.

P.: *Vittorio, ¿Cómo se compatibiliza su necesidad de control con el intentar “no saber” por miedo de sentirse peor al conocer el ambiente que frecuenta la mujer?*

R.: Presenta el típico “control evitativo” del fóbico: si “no sabes” te colocas en la posición de no poder saber que es lo que le impide viajar. Es un control típico de los DAP²⁴, controla una emoción evitando enfocarla, poniéndola de lado. El control hay que considerarlo en una doble articulación: el control de la actitud hacia la realidad no hay que verlo exclusivamente como un control relacional, sino también como un control hacia sí mismo, la actitud que presenta hacia sí mismo. Una regla de base es que la actitud hacia la realidad evidencia siempre la actitud que uno tiene hacia sí mismo. El control del fóbico se nota a partir del control que manifiesta hacia sus emociones, se nota a partir de las emociones que mantiene a raya, que es su manera de controlarlas. Se nota también en la sintomatología física, que expresa bien el tipo de control que él tiene: cuando emergen emociones complejas, que le provocan malestar, ya que son nuevas respecto a su capacidad de decodificación, deben tener una forma inmediata y conocida para él, que es la forma del malestar físico. Es una manera de ordenar estas emociones, no consigue mantenerlas a flote. Este es el control que tiene hacia sí mismo y hacia el exterior. Hay una intolerancia a cualquier forma de incertidumbre hacia sus estados de ánimo, que tienen que asumir inmediatamente una forma definida. No importa si es “mala”, lo que importa es que sea *cierta*. El fóbico siempre hace esto.

Volviendo al caso, se puede notar que hay un tema matrimonial, la formación, el mantenimiento, y la ruptura de las relaciones afectivas, son las situaciones que suscitan las emociones más intensas y fuertes y por lo tanto más desequilibradoras. Por este motivo en 9 casos sobre 10 el trastorno nace de un desequilibrio de la persona en algunas de sus relaciones o en algunas redes de relaciones fundamentales. Es casi una regla.

Aquí se hace evidente la diferencia entre las dos ópticas: desde una óptica de tipo racionalista, un problema matrimonial se plantea con una actitud de tipo “asesoría legal de separaciones”: se evalúa la consistencia y la racionalidad de los motivos que han llevado los miembros de la pareja a una insatisfacción matrimonial. En una óptica estructuralista, no se hace caso a esto, sino que se analizan los procesos que se asocian a la formación, mantenimiento, y a la ruptura de una relación.

Por ejemplo, los procesos que siguen a la ruptura de una relación son: dolor, pena, separación, luto y duelo que deben ser elaborados. El terapeuta se dedica a esto.... Pero sin meterse en el tema acerca de hasta qué punto es adecuado crear una relación, mantenerla o romperla. Cuando una persona presenta problemas asociados a la formación- mantenimien-

to- o ruptura de una relación, se estudian los procesos que regulan la formación de la imagen del otro, cómo se forma esta imagen, cómo se mantiene y cuando la relación se rompe, se estudian las dificultades que el paciente trae relativas a la modificación de esta imagen del otro. El terapeuta interviene sobre esto sin juzgar si un hecho es adecuado o no lo es. Se trabaja siempre sobre el discurso de la direccionalidad del paciente, tomando en cuenta que él, por un lado, ya posee una percepción, una evaluación cognitiva (*appraisal*) tácita, relativa al cambio de la imagen de la mujer. Su problema es no querer dar forma a esta imagen, explicitándola como un cambio consciente de la imagen de la mujer. En la última sesión empieza comentando que la mujer, durante algunos días, se había ido de viaje por trabajo y que la noche en que había vuelto a casa, él había empezado este tema de clarificación con ella. Todos los intentos de clarificación se ven interrumpidos a causa de un mutismo por parte de ella, que él define como una “huelga blanca”. Mientras comenta el hecho de la modificación de la imagen de la mujer, se acuerda de una cosa que se le había olvidado durante todos estos años: un año después de la boda, la mujer, durante uno de estos viajes, se había escapado con un desconocido durante 15 días. Él se había sentido mal y por esto empezó a acudir recurrentemente al cardiólogo.

P.: *¿Se le había olvidado?*

R.: Nunca había vuelto a pensar en esto. Después de este acontecimiento, tuvo la sensación que su relación con la mujer no era fiable como lo había sido antes. Pero se había mostrado de acuerdo con la explicación que ella le había proporcionado esa misma noche: es algo que ya se acabó, dejemos de pensar en esto como si nunca hubiera pasado.

Este es el elemento importante: la persona ya posee datos de elaboraciones emocionales personales, tácitas, en que ya se había producido un cambio de la imagen de la mujer, algo diferente con respecto a la imagen con la que se había construido la relación inicialmente. Además él seguía poniendo de lado estas emociones sin tomar en cuenta las consecuencias que se le hubieran presentado, llevando a cabo un cambio de imagen también a nivel consciente.

Nuestro tipo de intervención es permitir detectar estas emociones que ya se poseen. La otra actitud, la actitud racionalista, consiste en discutir si es adecuado o no, si existen verdaderos motivos racionales para juzgar si esta relación se encuentra en una fase de crisis o no. ¿Queda clara la diferencia?

Es un elemento de fondo, porque en cada paciente se puede encontrar este desequilibrio en una relación fundamental. ... cuando por relación fundamental se entienden las relaciones afectivas (relación padre-hijos, sentimentales, etc.), incluso podrían presentarse uno o más desequilibrios simultáneos. Dedicarse a estos procesos, es decir dedicarse a mirar, mediante el comportamiento, los hechos, las emociones e intentar reconstruir la fase en la que se encuentra esta persona (formación, mantenimiento, ruptura); y luego seguir los procesos de formación- mantenimiento- ruptura de la imagen del otro. La patología más frecuente es la oposición y la negación, por parte de esta persona, de una transformación de la imagen interna de la figura de apego, también cuando las emociones que se advierten hacia esta figura señalan la urgencia de una irreversibilidad de un cambio de imagen.

Este hombre es un ejemplo de esto: él hubiera tenido que activarse hacia un cambio de la imagen de la mujer después de la escapada de ésta con el otro. Es una ruptura irreversible: después de este acontecimiento nunca ha vuelto a confiar en la relación con esta mujer. Ocurrió hace 7 años. Son procesos largos que ya se perciben a nivel emocional. Al contrario,

cuando no se detectan a nivel emocional significa que no se produce el problema de la discrepancia, que no hay descompensación.

P.: *¿Qué relación tenía con su madre?*

R.: La relación con la madre: la madre es casi inexistente; ella se ha cuidado solo del marido, el hipocondriaco de la casa (ya he dicho que él, hace un mes, descubrió que el padre era fóbico) y la madre ha sido para él una presencia siempre muy severa, controladora y preocupada por las enfermedades. A nivel de afecto y cariño personal no le ha dado nada. A partir de esto se puede entender porque él tiene la tendencia a ser abandonista. Observad la relación con la mujer; para tomarse en serio tuvo que encontrar una autoridad externa, en un nivel epistémico, que le confirmara que lo que había sentido era verdadero. Si él hubiese sentido estas cosas en aquel momento, hubiera significado que sus sentimientos por la mujer ya habían cambiado. Hasta que no ha conseguido esta “aprobación” su discurso era otro: era que la mujer prefería el trabajo a él. Es un aspecto típicamente abandonista, y supongo que él fue de los que no tuvieron muchos reconocimientos de amabilidad por parte de la relación con la madre. La madre se dedicaba a él solo como fuente potencial de enfermedades. Es lo mismo que él hizo con su mujer. En cuanto se descompensa la relación con la mujer, en cuanto le cambia la relación de confianza, empieza a sentirse mal, a tener miedo a los ataques cardíacos, etc. Este era el único medio con el que sentía poder pedir una atención, un apoyo por parte de ella. Nunca le hubiera pedido cariños, se hubiera avergonzado, no los hubiera considerado posibles para él. La mujer siempre intentó alejarse de él para no darle este apoyo que él necesitaba, ya que para ella el hecho de apoyar a alguien representaba una molestia. Él al principio no se sentía suficientemente amable y creía que la mujer estaba al punto de dejarlo y que la única posibilidad que le quedaba para que ella le prestara atención era la de ponerse enfermo: era lo que le había ocurrido en casa con la madre.

P.: *¿Y con el padre?*

R.: Siempre ha considerado al padre como un personaje importante y misterioso, que casi nunca estaba en casa, ya que siempre se iba de viaje por Europa. Desde hace un mes tuvo la decepción debida al descubrimiento que su padre era un hipocondriaco terrible que antes de cada viaje se iba a recorrer los servicios de urgencias para que le prescribieran Valium, etc. Lo descubrió por casualidad cuando sus padres vinieron a visitarlo a Italia.

P.: *¿Ya ha finalizado la terapia contigo o sigue queriendo protección?*

R.: La terapia está ya en la fase de resolución o cierre. Estoy esperando que llegue alguna señal por su parte; luego si quiere seguir trabajando sobre el discurso afectivo (que actualmente le importa mucho), para mí está bien. Acaba de entender que detrás de este padre hipocondriaco y esta madre que no le cuidaba, etc., hay mucho y le gustaría comprenderlo mejor. Aquí coloca el tema de la escapada de la mujer. Lo que le interesa es: *¿Cómo se me ha podido olvidar durante 7 años?* Este tema le llama mucho la atención y esto es una buena señal de comprensión: ha asimilado una serie de conceptos que está utilizando y expandiendo hacia otros dominios cognitivos; Ahora le interesan otras cosas y las utiliza por sí mismo sin seguir mis instrucciones.

P.: *En estos casos es como si la terapia estuviera ya finalizada, pero sin estarlo...*

R.: La terapia se ha cerrado respecto al problema principal; desde hace meses no presenta síntomas. No existen formulas fijas como hacen los terapeutas familiares, 20 sesiones, como un abono. Yo estoy dispuesto a seguir trabajando por mucho tiempo, incluso durante muchos años, pero con la condición de reformular el contrato cada vez. La

comprensión es sin fin, pero siempre hay que renovar las cosas. Podría seguir trabajando con él, incluso durante los siguientes tres años, por ejemplo, llevando a cabo un trabajo de investigación sobre el “esquema emocional” (de 0 a 3 años), pero esto no significa hacer terapia. Este aspecto es importante para conferir a la persona la idea que la relación terapéutica es una relación dúctil. Las metas pueden ser terapéuticas, cognoscitivas, existenciales, pero hay que definir las.

Patologías y problemas existenciales

P.: *¿Aceptas pacientes con metas existenciales?*

R.: Aceptaría solo estos... son lo más interesantes, es como respirar un poco de aire fresco. Son pacientes iguales a los demás excepto que por el nivel de abstracción... estoy encantado de trabajar con problemas existenciales.

P.: *¿Cual es la diferencia entre un paciente y una persona con problemas existenciales? ¿Es solo la sintomatología?*

R.: En base al nivel de abstracción (en un escala de 1 a 100) que una persona consigue durante la adolescencia y el principio de la edad adulta, se pueden distinguir tres capas:

Los “Pacientes” con un bajo nivel de abstracción 0-30

Los “Normales” con un buen nivel de abstracción 30-70

Los “Genios” con un altísimo nivel de abstracción 70-100

Por ejemplo: Pongamos el caso de un paciente DAP de 40 años con un bajo nivel de abstracción (0-30), que se encuentra en la época de *la mediana edad de transición*. Aquí hay el problema que a los 40 años, esta persona, tendrá necesariamente que “ajustarse el maquillaje”, o sea reconstruir la imagen de sí mismo que 10 años atrás le había creado “máximas expectativas”. Un nivel de abstracción así tan concreto le lleva solo a inventarse estrategias para gestionar el fracaso. A los 40 años empieza a plantearse el problema de no ser el “empresario exitoso” que siempre había imaginado llegar a ser, al contrario, se vuelve hipocondríaco y comenta “lo que me ha impedido llegar a ser como quería ser es que tengo una úlcera, una colitis ulcerosa, etc.” Todo depende de este hecho, su carrera profesional también ha sido un fracaso a causa de esto. Un DAP anoréxico de 44 años con un nivel de abstracción normal (30-70), me contó haber pasado tres años durísimos, durante los cuales tuvo que interrumpir la relación con la mujer y con sus hijos y dejar el trabajo. Al cabo de tres años había llegado a la conclusión de que era “normalito” especificando “no mediocre”, sino mediano con respecto a la imagen del “famoso periodista” que a los 25 años, mientras estudiaba para sacarse la carrera, se había imaginado llegar a ser. Ahora reconocía no ser un genio, sino un periodista “medio” que a los 60 será nombrado jefe de departamento, pero que nunca llegará a crear “una estilo periodístico”. Esto ya es mucho, significa que ha hecho una transición.... Claro fueron tres años de penas, separaciones, fracasos en el trabajo, años en que se habían dicho cosas que nunca hubiera querido decir. Estos son los temas que se pueden llamar “existenciales”. Un DAP más concreto, que pertenece a la primera capa, se hubiera dicho a sí mismo que las causas de los fracasos que le impidieron ser un famoso periodista fueron la mujer que le traicionó, las úlceras que se le desarrollaron y su hijo drogadicto.

Un DAP genio (70-100) a los 40 años cambiaría su estilo expresivo, haría un cambio de actividad creativa independientemente de su actividad artística, económica. Dedicarse a un paciente con temáticas existenciales significa dedicarse a esta capa 30-70, tipo hombres de 40 años que se encuentran en una crisis paradigmática como ésta. Es mi trabajo preferido:

porque es un trabajo que puede llegar a niveles profundos ya que una parte del trabajo ya está desarrollado por el paciente mismo, incluso el terapeuta puede aprender más de esto. En los “pacientes” al contrario, hay que desenterrar, o sea llegar al punto en que “el síntoma se considere como una información acerca de una crisis que se está viviendo”. *Cuanta menor abstracción se tiene, tanto más se cree en la existencia de un orden externo.* Una persona poco abstracta considera la imagen del sí mismo que se ha construido, siempre como válida: mi imagen es ésta y así debe ser. Si esta imagen no corresponde es por culpa de algunas enfermedades que lo impiden.

Mientras frente a un “paciente” se lleva a cabo inmediatamente un contrato terapéutico, o sea se redefine el problema que crea malestar para que se pueda trabajar, con un hombre que presenta temáticas existenciales con un buen nivel de abstracción, se redefine su malestar... En primer lugar se intenta entender lo que le está ocurriendo. Llega a terapia y comenta que no le ha pasado nada significativo, pero lleva varios meses en que el trabajo y los afectos no son como antes, se encuentra en un periodo caracterizado por profundos cambios, aunque no sepa qué es lo que le pasa. El terapeuta reconstruye el repertorio comportamental actual, la vida afectiva, traza una línea de vida personal, y empieza a reconstruir el tipo de organización presentada por el paciente y la direccionalidad que ha seguido, y por lo tanto cuál es el tipo de “bloqueo” que presenta en esta etapa de su vida. Se le reformulan como una redefinición de su malestar para luego empezar a trabajar. Cuando el paciente no presenta síntomas es mucho mejor porque se trabaja mucho menos.

5.4 Segundo caso. ¿Fracaso terapéutico o interrupción?

Es una mujer de 45 años, derivada por un colega psiquiatra (terapeuta familiar que ha intentado afrontar la situación a nivel familiar, pero el marido rechaza participar). Le vi 8 veces durante dos meses. El marido tiene 48 años. Nunca llegamos a tratar su historia evolutiva.

Primera sesión: Datos previos: desde hace 9 años trabaja en el mismo despacho que el marido, empresario. Anteriormente tenía un trabajo propio como comercial y se iba de viaje por el mundo. Ahora es administrativa en la empresa del marido.

Comenta dos tipos de problemas: episodios “depresivos” intensos con angustias y malestar, desde hace 9 años, tratados con psicofármacos. Separados de estos, pero conectados según ella causalmente, etiológicamente... “Puede ser debidos al hecho que me siento insegura porque tengo estos fenómenos depresivos”. Desde hace 5 años ha dejado de conducir sola, no se va a dar una vuelta sola, tiene miedo a quedarse sola en casa y (“yo antes, hace 10 años, era un mujer que iba de viaje sola por el mundo sin problemas”); no se sube a trenes, ni aviones, no puede ir al cine, ni en autobús, ni a cualquier sitio público o cerrado. Lloro mucho mientras lo comenta, al recordar que en su trabajo precedente siempre se iba de viaje y estaba acostumbrada a salirse sola de los problemas. En los últimos 6 meses tiene también una fuerte angustia a desarrollar tumores, una especie de patofobia generalizada que no es específica de ninguna enfermedad en particular.

Actualmente se siente peor (atribuye este empeoramiento al hecho que llora mucho), porque la hija de 18 años, acaba de salir del Instituto, y se irá de viaje a Estados Unidos para buscar trabajo. Ella nota mucho esta separación porque siente que, en esta fase de su vida, todos le tendrían que proteger: no tolera el alejamiento por parte de ningún miembro de la familia, aunque comenta que los hijos son muy importantes para ella, pero que la única

persona que le da seguridad es el marido. De hecho si 9 años atrás había interpretado el cambio de trabajo como una dura renuncia, un sacrificio, ya que su trabajo le gustaba mucho, hoy se alegra del cambio, porque este trabajo le consiente estar todo el día cerca del marido. El marido justo 9 años atrás llevó a cabo una expansión significativa de la empresa. Había invertido todo su dinero en esta empresa, incluso había llegado a venderse la casa. Esta expansión representó un gran sacrificio para toda la familia y sobre todo para ella que fue nombrada por el marido encargada de administración de la empresa. Ahora ella está contenta de trabajar con él, pero admite que antes, cuando no trabajaban juntos, la relación era mucho mejor. Sobre todo respecto a los actuales conflictos cotidianos. Su malestar se basa en un miedo a perder el control, que sintomáticamente se presenta como recurrentes colapsos y desmayos ocasionales. Esto representa para ella un hecho muy desagradable ya que con el tema del juicio que lleva, el desmayarse en público sería algo intolerable para ella. Cuando se le pregunta acerca del por qué, comenta que el factor salud no le interesa sino que lo que le preocupa es la posibilidad de caerse por el suelo y quedar en posturas raras, que se le pueda levantar la falda y alguien le vea así, etc. Lo cuenta como si fuera una espectador que lo mira desde fuera: esto para ella es intolerable.

P.: *Me sorprende ver que empieza a hablar de la depresión y de las fobias en términos genéricos y llegue a definirlos con tanto detalle...*

R.: Soy yo que la llevo a relatarlos en detalle. ... pregunto por las imágenes correspondientes para orientarme en los componentes organizativos.

P.: *¿Cómo se lo preguntas?*

R.: “¿Que pasaría si perdiera el control? Imaginemos todos los escenarios donde le podría ocurrir si se desmaya”. Reconstruimos la escena. Es muy importante porque se ven los temas inmediatamente. Las mujeres FOB-DAP siempre presentan temas de pérdida del control. Las que presentan rasgos más FOB, tiene el miedo a volverse locas o a cometer actos incongruentes en público. El tema “volverse loco” es una forma de control sobre las emociones de tipo competitivo. Como en una competición, la persona se compromete a reprimirlas. Es como si se estuviera preguntando “¿conseguiré aguantar esto? Si no consigo soportarlo fracasaré”. El tema “desmayarse” es una forma de control por “exclusión”, porque “deja de lado”. Es el nivel más alto de pérdida de control que se puede imaginar, es como si “se apagara la luz”. Estos dos tipos de control proporcionan orientaciones diferentes sobre el tipo de relación que la persona lleva consigo misma, con sus emociones. Luego es muy importante explorar el tipo de efecto que le implicaría el perder el control: aquí se diferencian las personas que interpretan la pérdida de control como un factor de salud física, miedos físicos (fóbicos), y las personas que interpretan la pérdida de control como una exposición al juicio crítico de los demás, a caer mal delante los demás (DAP). La primera sesión se acaba de esta manera: le comento que dedicaremos las siguientes sesiones a explorar en qué consiste este problema, y le proporciono las primeras instrucciones acerca del modo cómo enfocar todos estos momentos de malestar y de ansiedad... llevándolo a cabo retrospectivamente, o sea después que han ocurrido, porque mientras están ocurriendo sería demasiado difícil. Le pido notar cómo es esta angustia, que componentes tiene, que sensación, imágenes, qué pensamientos le aparecen; y anotar las circunstancias en que se le presenta, o sea qué hace mientras le ocurre sentir este malestar o angustia.

Segunda sesión: comenta inmediatamente que durante la semana estos momentos de angustia, ya que tenía la tarea de observar, casi no le han ocurrido. Es un clásico en las

situaciones DAP. Ha transcurrido toda la semana al lado del marido sin tener contrastes significativos con él. No ha tenido momentos de ansiedad, pero sí de malestar. El marido comenta, (como quien no quiere la cosa, pero yo tomo esta información y la desarrollo)... se molesta mucho por “cualquier cosa que ella haga por si misma”. Incluso mínimas iniciativas en cocina, como la manera en que friega los platos. Se revela otro hecho: desde hace 7 años hay un drama acerca del hecho que ella, jugadora de bridge, cada miércoles por la noche juega con unos vecinos en el piso de arriba de su casa. El marido durante los últimos 7 años, cada miércoles le suelta un rollo de abandono y le pone mala cara hasta el domingo siguiente. Este es un acontecimiento que ella ya da por sentado. El marido es un controlador, cuando se va a jugar, le arma una escena de abandono como “para ti todo es preferible antes que quedarte conmigo” y luego le pone unos morros “de aquí te espero”. Ella no renuncia a jugar, pero es consciente que cada miércoles este hobby le costará el enfado por parte del marido que durará hasta el domingo. En el pasado le ocurría menos ya que viajando mucho por trabajo, conseguía esconderle que se iba a jugar con los amigos. Ella comenta... “el principio de mi marido es que la situación ideal es “él, yo y luego el resto del mundo, pretende una adhesión total por mi parte”. De esta manera emerge el tema del trabajo: él nunca había aceptado el tema del trabajo personal de la mujer. Ella había empezado a trabajar a los 11 años de matrimonio, cuando los hijos ya estaban crecidos. Durante 4 años había intentado obstaculizarla comentándole que no merecía la pena, que era una pérdida de energía inútil, que era absurdo que le pagaran tan poco, que todos en familia sufrían por esto, que le echaban de menos en casa y que los hijos se sentían abandonados, etc... Ella, en cambio, opinaba que se hubiera podido renunciar a la expansión de la empresa, llevada a cabo 9 años atrás, porque ya vivían bien y no lo necesitaban. A veces había pensado que esta inversión fue para el marido la única manera de no perderla, obligándole a dejar su trabajo. Mientras comenta el tema de este marido controlador, se pone a llorar. Por ejemplo después de haber citado el slogan del marido, se pone a llorar y comenta “He dejado todo lo que me gustaba, y entonces ¿qué futuro me espera?” Yo acepto este planteamiento, se hace evidente que ella quiere hablar del marido y por lo tanto empezamos a afrontar el problema del marido.

La sesión siguiente no se presenta y quedamos después de 15 días para la tercera sesión. Ella también está de acuerdo en tratar el tema del marido antes que los temas de angustia. Presenta un tema típicamente DAP, la obligación de sentirse indispensable frente a todas las relaciones afectivas. Comenta que ha intentado durante toda su vida evitar ser como su madre, una mujer débil que siempre necesitaba protección por parte de los demás. Y por lo tanto teme llegar a ser como su madre, una mujer de edad mediana, débil y fracasada. Es una mujer muy inteligente. Comenta que durante muchos años tuvo una imagen de sí misma como una súper mujer, y se da cuenta que fue una exageración por su parte; siempre fue una mujer hiperactiva. Se empieza a plantear que todo esto fue un autoengaño (llama a esto su tema depresivo), ya que al fin y al cabo no consiguió ni siquiera diferenciarse de la madre. Comenta que “Probablemente este discurso de mi marido “él y yo y luego los demás” se lo desencadené yo mediante esta manía mía de sentirme una súper mujer, de sentirme indispensable. Lo hice con él, con mis hijos y con mi madre”. Le llevo a considerar que esto no es suficiente, que la gente no tiene problemas con el marido solo porque se muestra indispensable. El discurso es de “reciprocidad”, o sea intentar ser indispensable, sin que haya una retroalimentación, o sea sin que nadie confirme esta indispensabilidad; le planteo esta hipótesis. Desarrollo esta hipótesis (con el intento de dejarle observar la relación con el

marido) de darse cuenta si hay un tema de decepción por parte del marido: yo no lo creo, pero la llevo intencionalmente por el camino equivocado. Por mi parte el tema consiste en proporcionarle un contexto donde ella se vea obligada a observarse desde esta óptica de acontecimientos de interacción con el marido. Mi intento es llegar a explorar la relación existente entre la relación con el marido y las crisis de ansiedad. El tema es llevarla por un camino equivocado... y al mismo tiempo obligarle a observar. Le asigno la tarea de observar todas las interacciones con el marido, asociadas a un sentimiento de malestar por su parte.

Cuarta sesión: se involucra mucho en este tema... y trae muchas teorías y opiniones sobre esto. Tiene claro que el marido ha intentado manipular su indispensabilidad. Siente como que se ha aprovechado de ella. Le muestro poco interés acerca de este tema (Nunca hay que aceptar estas definiciones, es mi consejo) y le llevo a explorar todos los episodios ocurridos aquella semana, en la que se dio cuenta de esto. A partir de los acontecimientos relatados emerge otro aspecto: todas las actitudes controladoras del marido para ella llegan a ser temas constrictivos, se siente ahogada. A partir de muchos de estos temas constrictivos se desarrollan las crisis de ansiedad. Muchas de estas crisis de ansiedad le vienen en presencia del marido, pero ella tiene vergüenza de mostrárselas porque él no las entiende y le trata como una loca. Por este motivo ella teme que la pueda valorar cada día menos y por lo tanto intenta disimular su ansiedad. De esta manera emerge: en primer lugar la conexión entre el control por parte del marido y los sentimientos de estreñimiento de ella, las crisis de ansiedad. En segundo lugar el hecho que ella esconde las crisis de ansiedad al marido, que es algo anómalo para un FOB: el verdadero FOB vive gracias a las crisis de ansiedad exhibidas frente a la pareja. Ella esconde al marido estas crisis por el hecho que no acepta esta imagen de sí misma. La decepción más significativa de su vida fue llegar a los 45 años a parecerse a su madre, la madre que siempre había criticado. Emerge otro tema imprevisto, que no le había solicitado: con mucha vergüenza me cuenta que el marido siempre ha sido muy “exigente” sexualmente y que a ella esta exigencia le gustaba mucho; a continuación me pregunta si esto podría interpretarse como una enfermedad. Desde hace 6 años de repente ha empezado a sentirse mayor y por lo tanto a pensar que no puede cuidarse tanto. Que era ridículo prestar atención a la manera de vestirse, maquillarse etc., que por lo tanto era ridículo que le gustaran las relaciones sexuales.

Notad cómo los DAP nunca soportan momentos de intimidad, porque tienen un sentimiento de sí mismos “disociado”. Cuando ocurren situaciones que llevan a un aumento de la intimidad en otros ámbitos, de intensa comunicación, como pasar la mayor parte de día juntos con alguien, etc. En otros ámbitos se tiene que reprimir la intimidad como un intento de diferenciación. El problema de los DAP siempre es diferenciarse de las figuras significativas. Una buena relación sexual es aceptable solo si hay otros ámbitos de diferenciación con la figura de apego. Cuando los otros ámbitos no están delimitados, como para esta mujer que pasa de una posición autónoma a una posición de colaboración laboral con el marido, hay que diferenciar el ámbito sexual. Ella atribuye este hecho a sí misma, “Me he hecho mayor”; pero el hecho de “no diferenciación” DAP significa que el comportamiento del otro te define; por lo tanto se tiene que prestar mucha atención a crear unos límites que te diferencien, porque el otro invade tanto que la importancia que se le atribuye te define, te aporta un sentido de ti mismo. Es por este motivo que los DAP son profesionales de las relaciones a distancia, situaciones que permiten desarrollar significativas relaciones sexuales; al contrario estas situaciones se hacen imposible cuando la relación es “cercana” y llegan a ser imposibles

cuando se “convive”.

Cuando ella empieza a trabajar con el marido, se le pasan las ganas de hacer el amor con él. Esto se vuelve un tema de delimitación y de recurrentes discusiones con el marido. Se desmarca ampliando la diferencia... tu tienes ganas... yo no tengo ganas y por lo tanto se discute constantemente. Desde entonces hay constantes discusiones con el marido, que le regaña por la escasa frecuencia de las relaciones sexuales, por la menor calidad de éstas y por el hecho que ella nunca toma la iniciativa. Notad cómo esto surge en los momentos de máxima intimidad, siempre. Ella nunca culparía al marido por esto, afirma que probablemente tuvo una menopausia precoz. Su tema es que desde que conoce a este hombre, se define a sí misma en función de cómo él le relata y le trata, como si él fuera un “súper hombre”. *El juicio crítico del otro llega a ser una definición del sí mismo.*

Quinta sesión: tratamos su sensibilidad al juicio del marido... ¿Qué efecto le provoca este juicio? Ella es muy hábil en este punto, lo tiene todo detectado.

Yo le explico brevemente en qué consiste esta sensibilidad al juicio de los demás: que la sensibilidad al juicio de las demás no consiste en el hecho que le molesta el juicio crítico de los demás ya que esto es algo que fastidia a todos, sino cuando “nos percibimos a nosotros mismos” a través del juicio crítico del otro, cuando el juicio crítico del otro llega a ser una definición de nosotros mismos. Ella lo entiende muy bien... se lo tuve que explicar solo una vez. Durante esta sesión se pone de manifiesto el concepto que ella tiene del marido. Llega sorprendida comentando “Siempre he pensado que soy una persona que da mucha importancia al juicio de los demás, pero si usted no me hubiera obligado a hacer caso a esto, nunca me hubiera dado cuenta que me siento como una niña hacia mi marido”. Mi marido, dicho entre nosotros, es un DEP, huérfano, un hombre que se ha hecho a sí mismo, que yo siempre he considerado como un súper hombre: hasta los 12 años creció en un orfanato, luego en casa del tío. Creció con pocos medios, y poca cultura, empezó su trabajo hasta llegar con 38 años a ser el director de una empresa internacional... Haciendo siempre todo por sí mismo. Un hombre con mucha voluntad, muy determinado. Presenta un estilo afectivo típico de los DEP, que establece un foso entre él y el mundo. Para reconocer que el otro miembro de la pareja le apoye realmente, hay que atravesar el foso y quedarse con él. Él, la pareja, y el resto del mundo: es un clásico. Tiene un tipo de control específico, y no se trata de un control acerca del espacio como para los FOB, ni un tema de emociones como para los DAP. Es un control sobre las elecciones de vida. El control es que... nosotros dos luchamos contra el resto del mundo... y no se trata simplemente de un tema de celos, como para los FOB, sino un control para comprobar la centralidad emocional que él tiene hacia el otro, como en los DAP. El control es la adhesión total, como si fuera una guerra. “Yo soy el comandante “x” y lo que tengo que pretender por parte de mi compañero es que esté dispuesto a morir conmigo, de lo contrario, no es el compañero ideal”. Es el tema típico de los DEP. Ella tiene una consideración totalmente celestial del marido. Afirma que nunca conoció un hombre más inteligente que él, más determinado, y con más fuerza de voluntad que él, más comprensivo que él, y con más humanidad que él, etc... A partir de los acontecimiento que trae se nota bastante bien que los temas principales que le causan “malestar son dos:

- a) Todas las actitudes controladoras del marido, como en la cocina, le crean un constreñimiento. Se siente encerrada, encastrada y se nota enseguida la taquicardia.
- b) Todas las veces que el marido la maltrata, y le da prescripciones abandonistas como en el caso del bridge.

Se nota como *todos los sistemas están “cerrados”*: el marido se le presenta como abandonista (“para ti el bridge es más importante que yo”)... ella percibe este hecho como que el marido llegará a cansarse de esta relación y la dejará, porque ella es un peso para él, nunca sale, le fastidia e incluso hace estas cosas que a él no le gustan, como el bridge. No hay transmisiones instructivas de información: ella no capta las provocaciones del marido como otra mujer las interpretaría, o sea no las capta como “este hombre está totalmente colgado de mí”. Si se escurriera, le podría controlar como quisiera, pero todavía no lo sabe reconocer. Esta manera de portarse del marido la interpreta como una amenaza de dejarla. Presenta el tema de falta de protección, hasta el punto de ser la primera, al acabar la partida de bridge, en volver a casa pitando. Otro aspecto que para ella es fundamental con respecto al marido es que desde que trabaja con él, le hace sentir como una vieja, inadaptada etc. ... y que el marido, tiene la característica personal (dice ella) de no reconocer nunca a nadie y criticar a todos... “Es que no lo hace solo conmigo porque me quiera molestar. Es un hombre de los que nunca reconocen a nadie; yo siempre estoy a su lado, y por lo tanto nunca me reconocerá”. Para ella es un problema recurrente el hecho que él siempre le critica, y me trae miles de ejemplos: en el trabajo ella se dedica a la administración desde muchos años, tanto que es mucho más experta que él en este tema. Siempre se repite la misma escena, ella propone la estrategia “x” que solucionaría el problema de trabajo y él no le acepta la idea, diciéndole que es una tontería, etc.; luego esta estrategia “x” se llevará a cabo, pero sin que llegue a darle la razón. Es una actitud que tiene con todos, incluso con los hijos y los colegas. Aunque reconozca este hecho, siente que esto le influencia mucho ya que se ve como constantemente incapaz, y aunque sepa que el marido le critica siempre, ella no puede dejar de exponerlo todo al juicio del marido. Le comento que esto es un tema muy claro y que se puede trabajar. Le propongo pensarlo, notar durante la semana este tema del juicio ya que si está de acuerdo, se puede trabajar con esto.

Sexta sesión: llega comentando haber pensado en esto, pero tiene una actitud curiosa ya que no sabe cómo podría cambiar esta sensibilidad suya al juicio del marido. Tiene una actitud segura más que una actitud desafiante. Como si le hubiera hecho una especie de promesa mesiánica. Por lo tanto le explico un poco la situación. No se trata de convencerla que el juicio del marido sea importante para ella. La cuestión es cambiar la manera de ver al marido y le propongo el esquema (el comportamiento de los demás como información... n. d. r). Se toma en cuenta un acontecimiento ocurrido durante la semana. Él le ha criticado por el bridge y ella se ha sentido un bicho raro, como que se expone a perder los afectos fundamentales porque quiere jugar a las cartas... dice... “¿Como consigue mi marido transmitirme esta sensación? Yo le digo que si se toma en cuenta este episodio como una información sobre si misma, significa confirmar lo que ella dice. Si se toma en cuenta como una información sobre el marido, significa que el marido interpreta como abandono también el simple hecho que ella juegue al bridge. Son dos cosas diferentes: esto significa modificar la sensibilidad al juicio, cambiar la manera de ver al otro. Esta reformulación le sorprende mucho, afirma que nunca había imaginado durante los 45 años de su vida que el comportamiento de los demás se podía ver desde otro punto de vista. Comenta que le parece muy interesante y que lo pensaría durante la próxima semana. No se presenta a la sesión siguiente ni a la sucesiva, porque tiene gripe.

Séptima sesión: en cuanto llega, comenta la decisión de interrumpir la terapia, justificándose, entre otras razones, que durante estos días se había sentido muy bien. No tuvo

tampoco una crisis y le va bien así. Lo comenta durante los primeros 5 minutos de la sesión y yo le digo que estoy de acuerdo con ella y le propongo, aprovechar el tiempo restante, intentar entender cómo había llegado a esta decisión. Ella está bien porque ya no presenta crisis de ansiedad... pero una de las dos veces no vino porque todavía no consigue salir sola. Sigue yéndose por los cerros de Úbeda, diciendo que lo ha pensado, que no ha vuelto a tener crisis de ansiedad y que se contenta así... nunca se ha sentido limitada por el hecho de no poderse mover sola.... Se contradice. Yo no quería interrumpir de esta manera, sin una recuperación. Prefiero siempre interrumpir dejando un contacto, como en el juego de cartas, dejando una puerta abierta al otro, la posibilidad de volver. “Ambos sabemos que tienes un problema y no quieres afrontarlo... pero esto significa que la preferimos dejar de lado por un tiempo y por lo tanto podríamos volver a comentarla también dentro de dos años, sin necesidad de avergonzarse porque me has mentido”. En caso contrario ella nunca volvería.

Por lo tanto le digo que acepto su decisión, y que me parece que lo que habíamos hablado en la última sesión, o sea que hubiera podido existir una manera diferente de ver al marido, le había afectado y que probablemente tenía algo que ver con su decisión. Ella tergiversa durante 5 minutos, luego se pone a llorar, disculpándose y avergonzándose. Al final de la sesión me comenta que ha entendido perfectamente que su malestar depende no tanto del marido cuanto de la importancia que ella le atribuye. De todas formas lo había pensado, y esta era la razón que le había llevado a no presentarse en las últimas dos sesiones. Tenía que tomar una decisión vital: o ser una mujer autónoma y por lo tanto reducir la importancia atribuida al marido; o ser la mujer que era y seguir atribuyendo mucha importancia al marido. Había elegido la segunda opción, seguir atribuyendo importancia al marido.

Yo le dije: “Probablemente en su lugar tomaría la misma decisión. Yo estoy aquí..., cuando quiera puede llamarme”. Me parecía mejor acabar de esta manera: se deja una puerta abierta, si usted tiene un problema aunque sea dentro de dos años puede volver a comentarlo; sabemos cuál es el problema, y sabemos también como ha llegado a esta decisión y que yo he aceptado. Esta es una de las cosas que ocurren frecuentemente.

5.5 Discusión

P.: *¿Podría ocurrir que durante una terapia una paciente solicite un periodo de interrupción? Esta paciente ahora ha decidido interrumpir, y está bien... puede pasar que vuelva. Se me ocurre pensar que le ha cambiado la perspectiva... tiene que reorganizar las cosas paso a paso.*

R.: ¡No, no ha cambiado! Ella se ha dado cuenta que hubiera podido cambiar pero ha puesto en marcha los mecanismos DAP, que poseen solo los DAP, de entrever que la imagen del marido hubiera podido cambiar y por lo tanto dejarla de lado. Es algo que se puede llevar a cabo solo cuando se tiene un sí mismo “disociado”, una percepción del sí mismo frágil, una conciencia hecha de luz y sombras, oscilantes. Otra organización no podría desarrollarlo. El hecho de tener un sentido pobre del sí mismo no es una entidad metafísica. Esta cuestión ya le ha llegado a la conciencia, siente el malestar. No es que si algo llega a la conciencia de alguien, lo comente: ésta es la conciencia racionalista. Ella desde hace 7 años no se mueve sin el marido. Nota una discrepancia entre lo que siente por el marido y lo que cuenta aquí. Pero quiere seguir explicándose como antes, aunque ya es consciente del hecho que el marido pueda no ser el súper hombre que ella creía. Tiene ya identificadas todas las piezas.

Es muy raro tardar solo media sesión para explicar un tema del juicio a un DAP. Ella lo entendió inmediatamente, otro DAP tardaría tres meses. Ella lo captó inmediatamente, es algo que casi nunca ocurre. A partir de esto parece que no pudo permitirse avanzar.

A partir de ahí trataré la relevancia que tienen la formación, mantenimiento, y ruptura de las relaciones afectivas. No es una relevancia como supone Alberoni “porque el amor es una fuerza imperiosa” (Francesco Alberoni es un sociólogo, periodista, escritor italiano que publicó un libro acerca de los misteriosos sentimientos de amor titulado “Enamoramiento y amor”)... como se interpretaría en términos “libidinales” y afectivos. Es una relevancia de imágenes que se crean y a través de las cuales se consigue, adecuadamente o no, detectar las emociones que un sujeto siente hacia aquellas imágenes. Son imágenes que no se transforman, aunque las emociones correspondientes ya hacen percibir al otro de una manera diferente. Estos son los fenómenos de mayor relieve.

El hombre del caso precedente que se “bloquea” sobre el hecho de transformar la imagen de la mujer y luego lo consigue mediante un apoyo externo. Ella presenta el mismo problema: la imagen que tiene del marido no corresponde a lo que ella siente por él; pero luego decide no cambiar los dos planos. Los temas afectivos son siempre estos: no son los relativos a la necesidad, a una obligación emocional como en el amor clásico, sino a la relación entre la imagen y las emociones que el otro suscita, y la tolerancia a la transformación de la imagen del otro.

P.: Esta situación es análoga a aquella de la colega que al relatar la historia personal, comentaba el acontecimiento con el padre y que no conseguía modificar su imagen.

R.: Sí, es la misma situación...

P.: No entiendo una cosa, ¿porque lo defines como un fracaso terapéutico?

R.: Lo defino como un fracaso entre comillas, se podría definir un fracaso terapéutico desde una óptica racionalista. Esta es una terapia inconclusa, no una terapia “fracasada”. Es lo que se llama una “interrupción”.

SEGUNDA PARTE

Presentación segunda parte

En esta segunda parte Vittorio Guidano ilustra el proceso temporal de una psicoterapia post-racionalista, poniendo ejemplos concretos de cómo pasar de una fase a otra, mostrando la lógica de un método “secuencial” que empieza tratando los temas de vida actuales para llegar a los temas infantiles y a los temas de “vida” de la persona. He integrado al texto original del año 1986, una segunda parte que Guidano trató en el año 1988 acerca del mismo argumento.

Es interesante notar como en sus escritos “oficiales” la cuarta fase (v. Fig. 6), la fase conclusiva del análisis “temas de vida”, no se incluye en el proceso terapéutico: es una omisión significativa sobre todo si se considera que los aspectos desarrollados en ésta han representado el centro de la reflexión más personal, más “existencial” de Vittorio, y por lo tanto probablemente menos transferible en el proceso terapéutico codificado. No obstante los temas tratados en la cuarta fase retoman los temas de base elaborados en la estrategia terapéutica y aclaran una modalidad de “hacer terapia”, que intenta afrontar el problema del final de la relación terapéutica con modalidades originales y afectivas.

6 LAS FASES DE LA TERAPIA

Imaginemos una terapia típica, o sea donde el paciente completa el proceso terapéutico llegando a una reorganización significativa del significado personal, o sea un cambio central, y la construcción de un nuevo nivel de conocimiento, etc. Si se considera el proceso ideal, en la imagen de lo que podría ser el proceso, se pueden distinguir cuatro fases. (Fig. 6).

Figura 6

1ª FASE	Definición y reformulación del problema
2ª FASE	Construcción del problema a través del análisis del repertorio comportamental: agresividad, miedo/evitación, afectividad
3ª FASE	Fase causal: ¿Por qué el problema se construye de esta manera? Análisis de “la historia evolutiva”
4ª FASE	Fase conclusiva: direccionalidad ortogenética de la persona Análisis de los “temas de vida”

Primera Fase: se podría llamar la fase de la construcción del contexto clínico, y es la fase que, en general, coincide con las primeras sesiones, es la fase que tendría que terminar, como siempre hemos estado comentando, con la reformulación del problema específico, del problema clínico presentado. Se podría definir la fase de construcción del contexto clínico. Por ejemplo: imaginemos un paciente con fobia social, que tiene vergüenza a exponerse frente a los demás, porque éstos son superiores y él es inferior etc. La primera fase concluye cuando se le reformula el problema en términos de sensibilidad al juicio de los demás y se le comunica que se puede trabajar sobre este tema. Sirve para definir el campo, para ver si

es posible entender cómo se caracteriza esta ansiedad social para luego modificar la sensibilidad al juicio de los demás.

Segunda Fase: corresponde, en cambio, a la fase de construcción del contexto terapéutico, del contexto emocional, de la relación con el paciente y de construcción también del contexto terapéutico. Es la fase en la que se construye la autoobservación sobre la reconstrucción del problema presentado y reformulado, reconstrucción que se produce preferentemente en el repertorio actual: lo que ocurre ahora. En primer lugar se lleva a cabo una exploración del “repertorio”, o sea de las actitudes de la persona dentro de estas tres áreas: agresividad (que es una emoción), miedo-evitación (actitudes, bloqueos comportamentales), afectividad (estilo afectivo). Cuando hay que afrontar un problema, en primer lugar hay que reconstruirlo. Un problema no se puede reconstruir si no se han explorado estas áreas de vida.

La agresividad (fuerza, capacidad de afrontar la realidad) se encuentra en las áreas sociales, de trabajo y afectivas.

El miedo-evitación en general se explora solo si se antepone como objetivo preferencial con respecto a la agresividad. Normalmente está incluido tanto en la agresividad como en la afectividad, en la medida en que explorando estas dos áreas es posible encontrar el área miedo-evitación.

El comportamiento afectivo con la eicitación de formación-mantenimiento-ruptura de las relaciones afectivas significativas, comprende la mayor parte no solo del estilo afectivo sino también de los mecanismos de autovalidación de la identidad de la persona. Por ejemplo, en el caso del hombre con miedo al juicio, explorando la agresividad se nota cómo este miedo nunca le ha permitido reaccionar. El intento de manipular el juicio de los demás para mostrar una imagen de sí mismo favorable, etc., le lleva a percibir menos los estímulos agresivos, a justificarlos y reconocerlos siempre como inadecuados y, eventualmente, a sentirse definido por la agresividad de los demás. Se hace evidente una reconstrucción bastante clara de cómo la sensibilidad al juicio se utiliza como un filtro tanto para la decodificación como para la expresión de las emociones suscitadas por la relación con los demás. El tema del juicio se nota también explorando el estilo afectivo: se explora la dificultad que podría tener, siempre asociada al miedo, al juicio de la mujer, a tomar posiciones definidas tanto en la fase de formación como en el mantenimiento y en la ruptura de una relación.

Tercera fase. Consiste en el análisis de la historia de desarrollo: desde este punto de vista es una de las fases más significativas del significado personal, la podríamos definir “fase causal”. Después de haber visto como se ha construido el problema, se ve por qué este problema dentro de las diferentes modalidades en las que se hubiera podido construir, se ha construido con esta modalidad específica. El análisis evolutivo es una reconstrucción escalar (en términos de organización personal, o sea de cómo la persona se ha construido la imagen de sí mismo y del mundo) de la infancia, pubertad, adolescencia y juventud. Es como si se reconstruyera el itinerario recorrido para llegar a la descripción del mundo como se ve hoy.

Cuarta fase. Esta fase se podría llamar de análisis organizador, de reconstrucción organizadora: es la fase en la que se juntan las partes desarrolladas en las fases precedentes y se le da un marco único, unitario. La manera de hacerlo es tomar los problemas de la vida actual del paciente que le han llevado a terapia al principio, los estilos afectivos surgidos sucesivamente y la historia evolutiva; luego se lleva a cabo un análisis organizador de estos o sea se saca afuera el tema de vida, la direccionalidad del ciclo de vida o las experiencias de vida que a partir de esta base se pueden deducir. Los posibles temas de reorganización o

transformación se pueden anticipar en un futuro haciendo referencia a las transformaciones que se han reconstruido a través de este trabajo. Es el análisis de la direccionalidad ortogenética de la persona. Es una especie de suma de todo; conocemos un poco de todo: conocemos cómo era el problema, cómo se manifestaba, y de esta manera se detecta también la línea recorrida por la persona. Se trata de desarrollar esta línea y de recolocarle todos los descubrimientos sobre sí mismo y el mundo, que se han desarrollado (que ahora quedan bastante claros) durante la infancia, pubertad, adolescencia, juventud, como las elecciones, los rechazos etc., y que hoy por hoy componen como una especie de recorrido evolutivo. La cuarta fase supone discutir sobre este recorrido. Es una fase en la que mientras se realiza esto, se trabaja también sobre la desvinculación de la relación terapéutica. En esta fase mientras se recompone todo hay que reformular y redefinir los términos del contrato terapéutico.

Las señalo en esta sucesión cronológica por una razón específica, porque normalmente estas fases (aunque identificarlas siempre es un categorización arbitraria) corresponden a etapas específicas del contexto de construcción. Si se hace referencia a lo que ya sabemos, o sea que no existe una transmisión directa de información de una mente a otra; por lo tanto, lo que emerge de una terapia es la construcción de un proceso de comprensión y esto significa construir un contexto en que se negocia un consentimiento por parte de la persona. Desde esta óptica de la construcción se entiende que estas fases en cierta medida sean propedéuticas en relación la una con la otra, cómo la sucesión cronológica no es tanto una sucesión causal. Por ejemplo: la historia evolutiva se coloca en tercera fase, porque, como condición para empezarla, es necesario (aunque parezca una paradoja) que la segunda fase ya se haya llevado a cabo, o sea la fase en que se trabaja sobre el repertorio actual y que el paciente haya conseguido una mejora sintomática. Porque el hecho que un paciente sepa manejar bien la auto-observación y haya alcanzado una mejora sintomatológica señala que ha conseguido otro nivel de conocimiento y es oportuno que en este momento se le lleve a mirar hacia el pasado: si mirara al pasado con el mismo nivel de conocimiento que tenía en las primeras sesiones, sería dañino y se interpretaría como una confirmación de lo que ya sabe; por lo tanto existe un tipo de sucesión como ésta.

6.1 Primera Fase

Se desarrolla inicialmente. Empieza cuando un paciente llega a terapia y trae un problema específico formulado tanto en términos de limitación de acción, cuanto en términos de dificultad en la relación con los demás, dificultad de inserción social o dificultad en la vida, en el estudio, en el trabajo, en la concentración, etc.

La primera fase en el mejor de los casos, los que se podrían llamar la serie de casos “afortunados”, o sea 1 caso sobre 100, puede coincidir con la primera sesión: normalmente la primera fase coincide con un primer ciclo de sesiones que pueden variar de un mínimo de 3/4 sesiones a un máximo de 10/12 sesiones. El objetivo de la primera fase es esencialmente reformular el problema clínico que el paciente trae, pero reformularlo de una manera específica.

6.1.1 A partir de la extrañeza y de la atribución externa

En general las características del problema específico que los pacientes traen en la primera sesión siempre tienen (no hay que sorprenderse por el “siempre”, si no nadie vendría a terapia, se lo arreglarían solitos) un tema de atribución externa, o sea lo que se trae como

un problema significativo es en primer lugar un problema externo al sí mismo, externo físicamente, viene desde fuera, y además es extraño a la naturaleza propia del sujeto. Esto lo hacen todos los pacientes; los fóbicos representan los casos más inmediatos de esta extrañeza, pero lo hacen todos. El FOB comenta ya en la primera sesión, que tiene un problema de taquicardia o arritmias, pero los médicos le dicen que no presenta factores orgánicos y por lo tanto tiene que ser algo nervioso. Lo plantea de esta manera: “ayer mientras subía las escaleras, me sentía muy bien, pero de repente sentí un dolor en el corazón, me hice el electrocardiograma, etc.”. Luego se descubre que un instante antes de subir la escalera había tenido una decepción. Los fóbicos presentan los aspectos de extrañeza y atribución externa más explícitos, porque tienen la ceguera fóbica acerca de las emociones, pero el problema de la extrañeza y atribución externa es un problema que presentan todos los pacientes. En los DAP, el problema de la atribución externa consiste por lo general en los conceptos de capacidad o incapacidad, como si fuera algo separado de ellos, como si fuera un talento, un talento por la música o por las matemáticas, que se tiene o no se tiene, y de todas formas viene desde el exterior. El sentimiento de extrañeza es relativo a todos los aspectos que no coinciden con la imagen de perfección que los DAP intentan mostrar a los demás; como algunos aspectos relativos a la voluntad. Notad que los temas “voluntad”, “capacidad” son tema externos, que vienen desde afuera en cuanto alguien los posee o no los posee. O todos los aspectos del sí mismo que no coinciden con la imagen que hay que mostrar a los demás, siempre se viven como extraños. Por ejemplo, un DAP relata que ya desde hace un tiempo se nota diferente de cómo era antes, no es él, y como prueba relata que dos días atrás ha perdido la paciencia con la mujer y le ha dicho unas cosas horribles. Interpreta la pérdida de la paciencia como una señal que hay una crisis nerviosa en curso, que no consigue controlar. En los DAP, los temas difíciles son relativos a estos temas: voluntad, capacidad, donde la capacidad puede ser capacidad intelectual, seductora, da igual. El aspecto de extrañeza se halla asociado a las partes no contempladas de la imagen del sí mismo “máximo imaginable”. Todo lo que no hace parte de mí en términos de “máximo imaginable”, por ejemplo “tengo que ser buena, sincera, tener sentimientos puros y ser animada por el gran amor universal”. Por lo tanto el día que me siento envidiosa de un amiga que tiene una buena relación con el marido, significa que “estoy loca, me está ocurriendo algo extraño, me estoy volviendo arisca”. Todo relacionado con este tema de extrañeza. No es que sea arisca porque es mi experiencia de vida, o porque me enfado. No, “estoy loca, ¿qué me pasa?”; es como si mirara a esta extrañeza del sí mismo con una mirada “atónita”. El DEP lo desarrolla presentando su problema de oscilación depresiva como una enfermedad. El depresivo en este punto es específico, o sea lucha para demostrar que sus oscilaciones de humor no dependen de él, se producen independientemente de él y por lo tanto son la señal de una enfermedad, genética y catastrófica. En su familia están todos locos, él, la mujer, los hijos; probablemente sería mejor si se murieran todos. Este es el tema de la atribución externa que es el tema de la codificación puntual de la enfermedad. Luego hay el tema de extrañeza de la rabia, o sea de vivir como extrañas las emociones de rabia. El depresivo comenta que “no me reconozco” nunca tiene clara las secuencias de las discusiones con la mujer. Por ejemplo, a partir de algo que la mujer le ha dicho, experimenta un sentimiento de pérdida, pérdida en la medida en que nunca había entendido, que a la mujer no le importaba nada de él y a partir de esto desarrolla una rabia incontrolable. En general, la reacción de pérdida no se percibe conscientemente y por lo tanto la rabia se vive como algo extraño. “Soy imposible, estoy loco, tengo brotes de

rabia, tengo miedo de hacer cosas que no puedo controlar, mi mujer es una santa porque me soporta”. Los OBS tienen más o menos los mismos temas que los DEP, tienen el tema recurrente de la enfermedad. En los obsesivos crónicos que ya llevan estos temas desde hace mucho tiempo y se encuentran en una fase estable del problema, el tema de la enfermedad se estructura casi siempre de una manera que da la impresión repetitiva de los fóbicos, y por lo tanto se le explica que no es una enfermedad sino una búsqueda incontrolable de certezas, se le explica que no es una enfermedad sino una actitud hacia la vida y por lo tanto él comenta “Pero una actitud hacia la vida podría ser una enfermedad, doctor!” exactamente como afirmaría un fóbico, muy repetitivo. Luego presenta los temas relativos a las imágenes intrusivas que le producen las rumiaciones y los rituales: se desarrollan como absolutamente extraños, separados de su intencionalidad y voluntad, como algo que se sufre aunque se distinguen, bastante bien de las alucinaciones. Estas imágenes intrusivas siempre son relativas a temas de agresividad y sexualidad. Aquí también el obsesivo es muy específico, no es como el DAP que se daría cuenta de su reacciones agresivas y las comentaría “me he vuelto arisco, ¿qué me pasa?”. El obsesivo no la reconoce, o sea cuando presenta una reacción agresiva hacia la familia, la desarrolla en forma de imágenes agresivas que tiene que ver con los familiares, la sufre como una enfermedad.

6.1.2 La reformulación del problema como “actitud de la persona”

Por lo tanto este tema siempre está presente. La tarea de las primeras sesiones es una reformulación específica del problema de todos estos temas, de los temas de la atribución externa y la extrañeza. Hay que redefinir todos estos temas como actitudes, conductas, maneras de vivir. Hay que proporcionar muchas explicaciones porque es una fase muy delicada. Los temas de extrañeza se reformulan desde dos puntos de vista. En primer lugar se reformulan como fenómenos internos al paciente, por lo tanto no hay que aceptar nunca en términos de “extraño”, ni dentro del lenguaje, cada vez que dice algo al respecto, se le comenta “me parece que se entiende mejor si se reformula de esta manera...”. La reformulación siempre se lleva a cabo en términos de actitudes de la persona. En segundo lugar, mientras se reformulan los temas relativos a los estados internos de la persona, hay que reformular también las expectativas. Dentro de esta reformulación es muy importante el cambio de óptica; o sea si no existe una enfermedad, no hay una curación. Las actitudes de vida, las modalidades de vida no se curan, se cambian: cambiarlas es otra historia. Por lo tanto se establece nuevamente que la curación no significa “una intervención externa” y ser un buen paciente que toma los medicamentos que el doctor le prescribe; sino un cambio de actitudes, de mentalidad, de manera de concebir la vida (la reformulación siempre es la misma) ¡No hay curación! La manera de concebir la vida se puede cambiar, y aquí ya se introduce “la parte” terapéutica. La condición es que hay que implicarse mucho; esto como reformulación de las expectativas. Se puede traer un ejemplo a propósito de la avaricia: la avaricia no es una enfermedad, es una actitud hacia el dinero, hacia los demás; para la avaricia no hay una cura; incluso los fóbicos están de acuerdo. “¡Se ha curado de la avaricia!”. Cambiar la avaricia implica mucho esfuerzo, hay que mirar en qué consiste; por ejemplo, mirando que le pasaría si tirara 200 euros a la basura. Es otro tipo de proceso.

Esta es siempre la delicada primera fase inicial, en que se le reformulan los términos de extrañeza y atribución externa. Hay que reformularlo y esto no significa hacerle un discurso moral como un “consejo”, sino significa que frente a un fóbico que presenta dolor

al corazón y que tuvo un ataque cardíaco” mientras subía la escalera, hay que reformular en la medida en que se descubre que mientras subía la escalera se había enfadado con la mujer y que por lo tanto el ataque de corazón sufrido significaba una separación de la mujer sin que tuviera un control sobre ella, pero se le comenta: “podría ser que la situación sea la siguiente. Los colegas cardiólogos afirman que no hay nada, pero a través del relato que cuentas, me parece que se da este otro aspecto y que la situación se puede mirar de este modo: “probablemente la discusión con la mujer había preparado el organismo para el ataque”. Una vez explicado este tema, se le puede decir: “Si usted tuviera una trastorno orgánico, yo no sabría cómo ayudarle, si usted presenta una sensibilidad a las aproximaciones y a las separaciones de su mujer probablemente podríamos entender qué le pasa; yo estoy dispuesto a trabajar sobre esto”. Es el primer intento de reformulación y luego se empieza a especificar cada vez más. Todos los relatos que trae acerca de este aspecto, se separan del tema de la enfermedad. Si hablamos de esto significa hablar de una excesiva sensibilidad a las aproximaciones y alejamientos de la mujer, y no de enfermedad sino de la manera de concebir los afectos, las personas cercanas. Hay que entender cómo se puede cambiar. La reformulación se hace metiéndose en todos estos aspectos.

De la misma manera, frente a un DAP que explica su problema como una falta de eficiencia laboral, una falta debida al hecho que es tonto, o a que el trabajo no es adecuado, injusto. Presenta el problema como un cambio de trabajo, como algo que no depende de él, es todo externo. Esto se le reformula como un problema de juicio, usando sus temas. Por ejemplo, comenta “ayer mi jefe me dijo que escribiera una carta y lo que me parece imposible es que haya tardado 6 horas para escribirla; soy tonto y, por lo tanto, no es un trabajo conforme a mis capacidades”. “Pero usted mientras la escribía estaba pensando en su jefe, o sea usted tardó 5 horas en total, de las que 4 horas y 45 minutos las pasó pensando cómo su jefe la hubiera escrito, cómo le hubiera gustado a él, y 15 minutos para escribirla concretamente”. Por este motivo siempre hay que reformular en estos términos, utilizando su material y llegando a una reformulación específica del problema específico que trae. Estos son los ejemplos de una primera sesión.

Para los depresivos la reformulación puede parecer complicada, pero no lo es, ya que el depresivo trae dos temas principales: el primero es un tema de enfermedad, si no específicamente de enfermedad, de diversidad, inferioridad con respecto a los demás, como si fuera algo indeleble. Siempre se trata de una invalidación, nunca en una dimensión física hipocondríaca, sino una invalidación que tiene que ver con algo que le hace sentir “al margen” respecto de los demás, pero se presenta como algo que no depende de la voluntad, independiente del sujeto. Ya que el depresivo es un poco más animado que el fóbico, se le proporcionan explicaciones que tienen que ver con la modalidad de la organización correspondiente. Es decir, luego que se le ha explicado el tema de su actitud de vida, o sea que se trabaja para cambiar esta actitud y no para curarla, y él sigue cuestionando este aspecto, hay que reconstruir sobre este cuestionamiento el hecho que se nota que tiene una resistencia a dejar este tema de enfermedad. El problema se soluciona proporcionando la idea de que una enfermedad se puede solo sufrir, y es una posición definida, mientras que, en cambio, si no es una enfermedad la persona se siente aún más invalidada; siempre es mejor decirlo con una actitud de comprensión hacia el depresivo: “Entiendo que usted se ha esforzado mucho, desde hace ya 20 años está luchando contra esto y ahora darse cuenta que tiene que ver mucho en todo esto es algo duro”. Es muy sensible a esto, muy sensible, es el tema que nota más que

todos. Pero este es un trabajo que hay que construir antes de explicarle algunas cosas. Después que se ha empezado a reformular la “enfermedad” se va introduciendo la idea que ésta es una posición hacia sí mismo, una posición muy comprensible; en una cierta medida es una posición adecuada que presenta tanto ventajas como desventajas. Las ventajas están representadas por el hecho que se elude el concepto de responsabilidad hacia sí mismo, ya que presenta mucha responsabilidad hacia los demás, pero hay muchas desventajas que se hacen evidentes en los momentos en que advierte el malestar. En general es muy sensible a este tema. El otro aspecto del depresivo es el hecho de considerar esto como algo indeleble. Los depresivos normalmente hablan de esta manera: “llevo una vida difícil, estoy cansado, no aguanto más, no es posible que la vida sea una lucha constante, estoy cansado de sentir que he de estar siempre realizando hazañas heroicas frente al mundo sin conseguir nada. “Es como si nunca hubiera conseguido nada”. Siempre está presente este tema de esfuerzo y destino fatal. En general aceptan bastante bien la reformulación del problema no en términos de lucha, sino de una vida que hay que vivir de alguna manera. El problema de reconsiderar este hecho indeleble, como una manera de ordenar la realidad exactamente como ocurre con muchas otras. Este aspecto lo aceptan inmediatamente, no se sorprenden. Es un tema que se puede presentar desde el principio, sobre todo cuando no se trata de un depresivo significativamente sintomático (por sintomático quiero decir el depresivo que tiene poca conciencia, que se siente responsable de la primera guerra mundial).

6.1.3 La comprensión es construcción, búsqueda, compromiso, auto-observación

En esta primera fase, después de haber llevado a cabo esta definición de atribución externa y extrañeza, se empieza a definir el contexto de trabajo. En primer lugar se define que la comprensión es una construcción, se dedica mucho tiempo en este aspecto para prevenir fuertes reacciones de decepción posteriores. Una persona podría llegar a pensar que un vez que ha entendido algo, se produce la catarsis y cambia todo. Hay que explicar que la comprensión es una construcción que presenta diferentes grados. Por ejemplo, imaginemos a un profano que escucha una conferencia sobre la relatividad, le gusta y la entiende pero no consigue reflexionar sobre ésta porque solo ha conseguido alcanzar el primer nivel de comprensión. Este nivel de comprensión es el nivel en que empieza a planificar, en términos de relatividad, el garaje que se construirá al lado de casa; luego hay toda una fase intermedia que va desde la primera vez, hace 5 años, en que acudió a la conferencia sobre la relatividad, hasta hoy. También esta primera comprensión se considera como una comprensión verdadera, no es una comprensión falsa. Por lo tanto se le sugiere la idea que la comprensión es un proceso que se construye, no es un proceso todo o nada, no significa que de repente llegue un rayo de luz que ilumina una habitación oscura, y todo se ilumina y ya ¡se ve todo claro! La comprensión, en cambio, es un proceso que se lleva a cabo sobre todo como un trabajo de búsqueda, de exploración, y de auto-observación; se le empieza a definir este aspecto. Definir el trabajo como una búsqueda significa estimular el aspecto colaborativo, para bajar las expectativas del paciente que el trabajo lo realiza solo el terapeuta. La manera mejor de definirlo es que la terapia es un trabajo de relación entre dos especialistas: el terapeuta es un experto en principios terapéuticos, experiencia profesional y el paciente es un experto de sí mismo, es el único experto. Hay que especificarlo muchas veces: “la única persona con la que usted piensa, imagina y siente es usted mismo; si no lo ve usted, nadie lo verá”. Hay que ser muy claros, no autoritarios, sino claros.

Otro aspecto es el compromiso, o sea que el trabajo no se puede llevar a cabo mentalmente, se trabaja con una libreta, papeles y bolígrafo. Se trabajan temas, paso a paso; es importante evitar el “juego” en que el terapeuta hace de “buen profesor” y el paciente cada vez que se le explica algo comenta “¡Ah, ya lo entiendo!” y a la sesión siguiente vuelve y no le ha pasado nada. Trabajar en la construcción significa que se organiza su libreta, posiblemente siempre la misma, evitar los que traen un papelito y luego lo tiran a la basura. De esta manera se le transmite la idea de que él es responsable de su trabajo, por ejemplo comentándole: “hay que utilizar siempre la misma libreta ya que podría resultar interesante volver a leer las mejoras terapéuticas conseguidas, por ejemplo, volver a leer lo que hacía 6 meses atrás”. Se le puede explicar, cuando se necesita, la diferencia entre el trabajo de auto-observación y el diario. Auto-observación es trabajar sobre argumentos específicos, que definen el objetivo terapéutico, y de estudio; mientras el diario es el desahogo de todo lo que se piensa.

6.1.4 Formular un objetivo terapéutico en términos de experiencia personal

Ahora es posible definir un objetivo específico alcanzable, un objetivo terapéutico previamente concordado. El objetivo terapéutico es oportuno definirlo en términos de experiencia personal. Siempre con el objetivo de bloquear la atribución externa y la extrañeza. El objetivo nunca se define en términos de metas externas, sino que hay que definirlo en términos de experiencia personal. Para un DAP, el objetivo “cuando usted deje de tener miedo a los demás”, es un tema externo. Para un FOB “cuando usted pueda conducir tranquilo”, igual. Hay que definirlo en términos de experiencia personal: el objetivo que se puede alcanzar es que cuando usted salga de casa angustiado porque se ha enfadado con su mujer, pueda vivir este enfado llamándole por su nombre y no definiéndole como un ataque de corazón. Este es el primer objetivo que se plantea.

P: *¿Esta se considera también como primera fase?*

R.: Sí, cuando se define el objetivo se trata siempre de la primera fase, 5 sesiones o lo que sea. Por ejemplo con los obsesivos se trabaja con estos pensamientos recurrentes, las rumiaciones; el objetivo se considerará alcanzado cuando consiga vivir estos enfados con la mujer sin tener que limpiarse las manos 757 veces”

P: *¿Pero siempre en relación al síntoma?*

R.: Sí, siempre referente al problema. Es parte de la reformulación que ya se ha realizado. Se trata simplemente de considerar la reformulación en términos de metas terapéuticas. Cuando a un fóbico, se le ha reformulado el “ataque de corazón” como una “hipersensibilidad a las aproximaciones y separaciones de la mujer”, se trata simplemente de ampliar la reformulación que ya se le había proporcionado, siempre prestando atención a definirla en términos internos, o sea de experiencia personal, y no de cosas que ocurren en el exterior.

P: *¿Se le explica que es un objetivo concreto y específico?*

R: Claro. Luego se le explica también el significado. Siempre hay que explicar muchas cosas. Por ejemplo un DAP, se plantearía como objetivo terapéutico, conseguir que los demás no le juzguen negativamente; lo máximo que consigue afirmar es “si los demás me juzgan negativamente, paso de ellos”. Se tendrá que explicar que dentro un objetivo como éste, él no tiene nada que ver, “eres como un espectador de tu vida, esperemos que los demás no te juzguen negativamente, y esperemos que cuando lo hagan puedas pasar de ellos, pero

con un objetivo así no queda otra opción que esperar”. Por lo tanto se le aclara que no es un objetivo alcanzable porque es un objetivo que define completamente su pasividad. Un objetivo se define como tal, solo cuando el paciente lo puede controlar. Y lo único que se puede controlar es la experiencia personal. Un objetivo se puede definir como tal, solo cuando existe el control sobre él, de lo contrario, es una lotería. Esta es la diferencia entre un objetivo de trabajo y un objetivo de quinielas. Cuando se juega a la quiniela, no hay control, se juegan varias apuestas por boleto, y luego toca esperar. En cambio con el trabajo es diferente: si tengo que dirigirme a un sitio, tengo el control sobre el trayecto para llegar a la meta, busco el tipo de trabajo que quiero realizar, a quién tengo que ver y lo que tengo que hacer para alcanzar el objetivo. Es un trabajo que depende totalmente de mi control. Al contrario, las reacciones de los demás no son controlables, pero la manera personal de mirar a los demás es algo controlable, como el hecho de cambiar la manera de concebir a los demás; son todos aspectos controlables por el sujeto.

P: Y para un paciente depresivo... ¿Cuál es el objetivo terapéutico?

R.: Es idéntico. Se basa siempre sobre la reformulación, la posibilidad de cambiar esta concepción que presenta acerca de la enfermedad. Se explora qué significaría modificar esta concepción que tiene de sí mismo, qué significaría asumir una actitud más responsable de sí mismo. Esto, por un lado, le aumenta la carga de responsabilidad y de esfuerzo, pero, por el otro lado, lo hace sentir menos inerte y víctima del destino. El segundo objetivo, frente a los depresivos, es llegar al punto en que se permitan vivir las reacciones de rabia como un modo personal de ordenar la vida con la mente, y no simplemente como algo que se sufre y que le lleva a mirar solo su animalidad y por lo tanto su exclusión del mundo. Un DEP entiende bien los discursos en términos de experiencias personales. Un DEP la única cosa que controla bien es ésta y por lo tanto, cuando se le proporciona esta explicación no percibe fuertes aspectos de disonancia. En general el objetivo terapéutico reformulado consiste siempre en la extensión, aplicación o mayor desarrollo de la reformulación que ya se ha proporcionado en una medida específica.

P: Vittorio, ¿Llegar a este punto significa que el paciente ya ha comprendido muchas cosas?

R.: A este punto se puede llegar en 4/5 sesiones, durante el primer mes. Es el punto que permite empezar a trabajar, de lo contrario, ni siquiera se podría empezar a trabajar. A veces puede pasar que, por una cuestión de prisa en la realización de la primera fase, el terapeuta pase a la segunda fase, suponiendo que el paciente ya haya entendido, y mientras se trata el estilo afectivo, se tiene que dar un paso atrás y volver a explicarle que no se trata de una enfermedad. “¡Eh, no! No es una enfermedad!”. Esto ocurre porque en la primera fase se ha dado por sentado que el paciente ya lo había entendido y que por lo tanto se podía ir más de prisa.

Es un largo trabajo; en el momento en que se empieza a tratar la atribución externa y la extrañeza, se crean las premisas para que pueda asimilar el material que antes no podía detectar; por este motivo es un trabajo fundamental. La ventaja de utilizar este tiempo durante las primeras sesiones, consiste en el hecho que estos trámites ya están en marcha, y una vez que están activados permiten al terapeuta tenerlos a disposición, especialmente en el caso en que un paciente vuelva sobre temas de extrañeza ya afrontados, permite decir: “esto ya lo hemos tratado, ya lo hemos planteado”. Permite subrayarlo y continuar avanzando. Es como desarrollar un hilo conductor, que el terapeuta utiliza cada vez como reformulación, incluso

hasta en la historia evolutiva. El paciente siempre plantea los problemas en términos de algo “externo”, pero el terapeuta tiene una continuidad previa, y es por este motivo que es preferible insistir en este punto, ya desde el principio. Luego hay casos de pacientes bastante predispuestos en que se puede llevar a cabo todo este proceso durante la primera sesión.

P: Debe ser un terapeuta genial...

R.: ¡No, no, es el paciente que es listo! O sea el paciente listo demuestra una cierta habilidad en “pensarse”, no asimila fácilmente su punto de vista con el sentido común. Los demás le han confirmado que es un enfermo, que tiene una crisis nerviosa, pero él siempre tuvo la curiosidad de entender mejor qué le pasaba; a lo mejor llega a entender este proceso durante la primera sesión. A no ser que sea alguien que quiera ponerte a prueba, generalmente, se consigue en una media de 4 sesiones. Porque al finalizar la primera sesión se les incita a trabajar, se le comenta: “Para la próxima sesión, hay que hacer una lista de todas aquellas dudas o pensamientos, aspectos oscuros, desde todos los puntos de vista: emocionales, éticos, lógicos, etc.” Le aprietas.

P.: Esta lista de dudas y objeciones que él trae ¿no se “atacan” una por una?

R.: No hay que atacar nada, sino llevarle a entender el significado de estas dudas ya que el objetivo es la comprensión. No hay que decirle: “mire, el hecho que tenga la duda de tener una enfermedad, es una tontería... ¿Quién ha dicho que se trata de una enfermedad?”. Desde la óptica de la comprensión se podría decir: “Para usted poderlo considerar como una enfermedad es significativo; lo iremos viendo con cuidado”. Este discurso le proporciona la idea que las objeciones que trae son un modo de reordenar la realidad ¡y esto no significa instaurar un debate contencioso!”

P: Y los paciente que llegan sin problemas sintomáticos específicos físicos, no como en el caso de los fóbicos, sino con ganas de entender por qué se sienten mal..., o sea sienten el malestar como un sufrimiento emocional, quieren entender mejor cómo funcionan ¿es como si ya se encontraran en una segunda fase? Por ejemplo, los que llegan con una problema ya definido como relacional.

R.: Lo que pasa es que también en este caso el problema se define por parte de ellos en términos de extrañeza. La primera fase no es eliminable, porque también los pacientes que llegan con un tema de relación lo definen en términos de atribución externa: “Doctor, me pasa esto con mi mujer, no sé por qué me ocurre, no depende de mí, no sé cómo controlarlo, la maltrato físicamente todos los días cuando la veo; no puedo cambiarlo”. El problema se ve siempre como externo. No es un término semántico; se puede afirmar que un problema es relacional en términos de extrañeza: “no consigo controlarme porque si no le “pego” no me siento bien, no puedo evitarlo”.

Luego hay toda una serie de reformulaciones que son reformulaciones paradójicas (utilizo el término “paradójico” porque se parece a los juegos que hacían los relacionales tiempo atrás, pero, por el contrario, paradójico significa aquí tener la habilidad de tomar un problema y darle la vuelta para mostrar que el punto de vista puede ser totalmente diferente).

Imaginemos que se presenta a terapia una chica de 25 años “DAP-ascendente- DAP” que nunca ha tenido relaciones y comenta: “Doctor, mi problema es que los chicos no me hacen caso, nunca he tenido un novio, ni nunca lo tendré y nunca conseguiré soportar el hecho de quedarme sola”. La respuesta es paradójica, pero en realidad no lo es porque el terapeuta ya tiene un punto de vista: “No, el problema que yo estoy dispuesto a trabajar consiste en analizar cómo ha llegado a los 25 años sin tener ningún tipo de relación, siendo incluso muy

guapa. ¡Este aspecto me parece muy interesante!” O sea entender qué técnica ha utilizado. Esta es una técnica paradójica pero solo en apariencia. Se le da la vuelta de 360 grados del punto de vista, se saltan tres fases, se le da una lectura afirmativa al acontecimiento.

6.2 Segunda fase

Una vez llevado a cabo todo esto, se pasa a la segunda fase, que es la fase central; es una fase crítica aún más que la fase de desarrollo porque frecuentemente no se llega hasta la fase evolutiva, en cambio, siempre se llega a esta fase.

6.2.1 Primera parte: el trabajo sobre el “aquí y ahora”

En este punto el terapeuta empieza a trabajar sobre el problema traído por el paciente. Se empieza inmediatamente con el trabajo “hic et nunc” sobre el problema específico.

Esto significa que en el caso del fóbico, por ejemplo, se estudia la evolución de su hipersensibilidad a la presencia o ausencia de figuras protectoras. Frente a un DAP, se estudiaría el desarrollo del malestar percibido en la relación con los demás. Aquí el terapeuta tiene que asignar la tarea de empezar a recoger, durante la semana, solo los acontecimientos específicos y definidos en términos de experiencia interna (aquí se evidencia otra diferencia con los relatos tipo “diario”). Es decir, la hipersensibilidad de los fóbicos y el malestar en la relación con los demás de los DAP, siempre se definen en términos *no de lo que ocurre afuera, sino de lo que ocurre dentro*. En este punto hay que proporcionar instrucciones específicas (conviene que el paciente tome nota de éstas) sobre el método de auto-observación. La manera mejor de dar instrucciones consiste en llevar a cabo un ejemplo práctico junto con el paciente. Se le pide que elija un acontecimiento trivial que ya se haya tratado y comentado precedentemente; pongamos el caso del fóbico, se utiliza el acontecimiento en que tuvo un ataque cardíaco mientras subía la escalera, tema que ya se había tratado durante la primera sesión. El terapeuta lleva a cabo un ejemplo, junto con el paciente, acerca del significado que asume, después de este tiempo, tomar este episodio, reconstruirlo, recordándole todos los detalles como la ropa que llevaba, las ropas que llevaban otras personas, los olores de los ambientes mientras subía la escalera: *hay que reconstruir la escena con los criterios de veracidad e identificación, como si fuera la reconstrucción de una película*. Se entrena al paciente a recorrer la escena de arriba a abajo, y se le señalan todas las dificultades que podrían presentarse en recuperar los fotogramas, por ejemplo, los fotogramas del momento crítico en que tuvo el ataque mientras subía la escalera. Se le pide que haga este recorrido de arriba a abajo, hasta conseguir detenerse exactamente en el punto en que subiendo este escalón que le parecía un escalón igual que otros, de repente empieza a tener un ataque. Si no lo consigue, se explora por qué no consigue acordarse, y qué es lo que no consigue ver nítidamente.

P: *¿Ocurre frecuentemente que no se acuerden?*

R: Vale, en este caso vamos a ver qué es de lo que no se acuerda. Incluso lo que no se acuerda es una pista para que se pueda acordar. “¿Qué es de lo que no te acuerdas? No te acuerdas dónde te encontrabas. ¿El pasillo del portal? Entonces vamos a ver en detalle qué hay en tu despacho.”. Nunca hay que darlo todo por bueno, siempre hay que tomar en cuenta, que el pobre paciente, hace su juego. Simplemente quiere engañar al terapeuta, o sea quiere que el terapeuta haga el trabajo por él, sin que él tenga que hacer el más mínimo esfuerzo, por lo tanto le resulta muy fácil comentar “no me acuerdo”. Incluso el “no recuerdo” tiene

un significado. “¿Dónde ocurría este hecho?, ¿en su casa? ¿cuántas habitaciones hay? “siete habitaciones” “¿Quizás estabas en el servicio?” “No en el servicio, no”. Estas preguntas se hacen cuando no se quiere meterle demasiada caña. En el caso que el paciente siga insistiendo que no se acuerda y, por lo tanto, se quiere darle caña, se le podría comentar: “Mire, estamos hablando de usted, no de su hermano... No le llamé yo para que acudiera a terapia, es usted que ha venido para hacer este trabajo. ¡Es usted que se siente mal! Es su problema, si no se acuerda, podemos dejarlo aquí”. Incluso se puede utilizar la amenaza de abandono, es un arma de la que el terapeuta dispone. El terapeuta dispone de un contexto emocional y por lo tanto tiene el arma de decidir si está o no dispuesto trabajar.

P: *¿Con quién funciona mejor la amenaza de abandono?*

R: Seguramente con los fóbicos. Si se amenaza a un depresivo, se levanta y se va; pero en general no se llega a este punto, excepto si el terapeuta comete muchos errores o se entra al trapo con el paciente depresivo, de lo contrario, no se llega a este punto, entre otras cosas, porque el depresivo no es tan destructivo como el fóbico, no te hace enfadar como el fóbico que ayer se estaba muriendo y hoy dice: “No me acuerdo” “Perdona, ayer estabas a punto de morirte, ¿cómo es posible que no te acuerdes?” ¡Es irritante!

El paciente depresivo nunca lo haría, puede comentar que ha entendido lo que el terapeuta quiere que haga, pero no se ve capaz y además no ve la utilidad de esta tarea que se le ha comentado, se quedará con la cara de circunstancias de siempre y por lo tanto es inútil llevar a cabo esta tarea que el terapeuta quiere que haga; pero no lo plantea como un reto. A los FOB, DAP y a los OBS, se les puede amenazar de esta manera, aunque no es una verdadera amenaza de abandono, no es una disputa racionalista.

Se le puede comentar: “usted habla como si no fuera usted, esto puede significar que no está en contacto consigo mismo, hecho que podría resultar mucho más grave de lo que parece, y por lo tanto hay que trabajar más duro, o puede significar que no le importa gran cosa la terapia; ¡claro, está en su derecho! “¡No hace falta que venga aquí para complacer a su mujer!” La reacción de los pacientes no suele ser tan intensa. El fóbico, por ejemplo, siente pánico sobre lo que se imagina más que sobre lo que ocurre realmente. Si el terapeuta le comenta: “entonces es mucho más grave de lo que piensas”, no se extraña; contesta: “¿está seguro, doctor?”. No se extraña, porque es algo que ya le ha ocurrido, y además siempre ha creído que le hubiera podido pasar algo, pero frente a una cosa dicha y planteada, se queda bastante impasible.

Dentro de cada relación hay momentos de lucha de poder. Somos primates. Este es un aspecto de las reacciones que todos los primates presentan. La idea que exista cualquier relación sin una dinámica de poder es una idea abstracta, incluso en las relaciones “grandes amores”, hay lucha de poder, se renegocian las reglas. En general, una vez que el terapeuta se ha involucrado en una de estas luchas de poder con el paciente, hay que ganarlas, ya que se juega todo en ellas, o sea se juega el rol de quién plantea el trabajo y esto hay que preservarlo. Lo mejor sería evitar este tipos de luchas, pero por experiencia puedo afirmar que es imposible evitarlas, forman parte de las relaciones humanas, y por lo tanto hay que ganarlas”²⁵

6.2.2 Del “por qué” al “cómo”

Por lo tanto, hay que llevar al paciente a desarrollar la auto-observación con esta modalidad práctica, ya que los principios teóricos, explicados solo verbalmente, nunca se

entienden. Mientras tanto, el paciente lleva a cabo la auto-observación, mirándose a sí mismo mientras subía la escalera. Hay que prestar mucha atención a proporcionarle instrucciones claras sobre cómo reconstruir las emociones, fotograma por fotograma; hay que llevar al paciente a entender bien la diferencia, o sea que el único modo para explorar bien las emociones es mirar al “cómo”, diferenciándolo del “por qué”; el terapeuta tiene que ser muy preciso en este aspecto. La manera mejor para demostrárselo, es tener un acontecimiento en montaje para que lo pueda verificar; en este caso se os hace más fácil.

Por ejemplo: si se reconstruye lo que sentía cuando se encontraba en la escalera, se le hace entender que a la pregunta “¿por qué tenías miedo?” solo se puede contestar con un pensamiento o una opinión y que, en cualquier caso, esta pregunta deja totalmente sin resolver el tema de ¿qué estaba sintiendo en aquel momento?. Mientras que en la pregunta “¿cómo era este miedo, qué sentías?”, está la cuestión de la identificación de los ingredientes. Por lo tanto, hay que diferenciarlos bien, y esta es la tarea de observación, *el por qué distinto del cómo*. Hay que llevar al paciente a entender que no se trata de un discurso semántico, como que si uno no usa la palabra por qué va todo bien. El por qué significa encontrar la causa de la emoción, y encontrar la causa de la emoción es un aspecto, mirar cómo era la emoción es otro aspecto, y esto no significa que uno excluya al otro. En primer lugar, por ejemplo, hay que entender, cómo era la rabia que se sentía, y una vez entendido cómo era esta rabia, se comprende por qué entre muchos tipos de rabia sentía aquella rabia específica. Esto sirve mucho para introducir el primer principio, sobre el cual hay que volver muchas veces ya que llega a ser esencial: que es la *diferencia entre la experiencia y la explicación de la experiencia*. La experiencia es el miedo que se siente, cómo es este miedo; la explicación es el “por qué” se sintió aquel miedo. El terapeuta siempre tiene que especificar que la experiencia son los hechos y que la explicación de la experiencia no puede sustituir a la experiencia específica.

P: *No he entendido...*

R: El hecho es que mientras subía la escalera me he muerto de miedo, esto es un hecho; es lo que ha ocurrido... Luego me he dicho: “Ha ocurrido porque estaba enfermo. Porque mi mujer me ha dicho que soy tonto.” Estos no son hechos, sino intentos de explicarse los hechos ocurridos. Este es un punto que, cuando es posible, hay que plantear recurrentemente, porque solo diferenciando este aspecto, se puede empezar a establecer una demarcación y un espacio de trabajo en la relación del paciente consigo mismo y captar las distinciones en base a las cuales hay que explorar algunos fenómenos específicos; se empieza a definir el campo.

Esto es fundamental, porque sobre este aspecto los pacientes crean una confusión absoluta, total. Es un problema que mientras se explora con el paciente, resulta útil también para el terapeuta. Porque al terapeuta nunca le queda claro. En el mundo científico nunca queda claro este hecho, y no solo en el caso de la psicología (ya que nuestra ciencia es de pacotilla), sino también en las ciencias exactas. Si se considera la física, nunca queda claro esta cuestión, por ejemplo, en relación a la luz y a la longitud de onda de la luz. Los físicos creen que la longitud de onda de la luz corresponde a los hechos y que la percepción humana del color es un epifenómeno, una explicación. Es exactamente al contrario, la percepción del color que nosotros experimentamos es un hecho, y en este punto no se discute; cuando lo explicamos en términos de longitud de onda, es una explicación, no un hecho. El hecho es algo irreductible, no se puede reducir a nada distinto. Esto para los terapeutas es muy importante, y no lo digo solo para los pacientes, ya que si el terapeuta está acostumbrado a

este trabajo, habrá empezado a mostrarle que la manera mejor de obtener información sobre ellos mismos es ver lo que le está pasando, esta es la importancia de mirarse desde afuera en una moviola.

La mejor manera de entender lo que sentía mientras estaba hablando con mi jefe, no son las explicaciones que me he dado después, sino intentar mirar desde afuera qué ocurría en aquel momento, qué sentía, si sentía envidia. Es esto lo que da significado a las cosas y por lo tanto, lo que estaba ocurriendo con el jefe, permite reformular, dicho en otras palabras, el criterio de realidad. No os imagináis lo que este proceso puede llegar a representar para un dápico o un fóbico. ¡No consiguen de ninguna manera asociar el criterio de realidad con la experiencia que sienten! Para un DAP esta es una especie de revolución primaria; un DAP siempre ha pensado que los hechos son las opiniones, las opiniones de los demás. Saber que los hechos corresponden a lo que se siente es una experiencia desconcertante para ellos.

Esta es una distinción que para el terapeuta representa una condición *sine qua non* para su trabajo. Llegados a este punto, teniendo bien clara esta distinción, se empieza con el trabajo de auto-observación a ultranza, día tras día, sobre el problema que se ha reformulado durante la primera fase. Por lo tanto, al fóbico, se le someten a consideración todos los acontecimientos ocurridos durante el día en función del problema que se ha reformulado, por ejemplo, contactos o no contactos con la esposa.

Esta es la primera parte de la segunda fase, cuando se trabaja todavía sobre el “hic et nunc” del problema actual: el objetivo de “pasar por el tamiz”, que es el objetivo de esta técnica, consiste en llegar a una reestructuración de la gama emocional que se podría definir gama emocional de primer nivel, y que consiste principalmente en una reestructuración cognitiva de primer nivel, una reestructuración *atómica*, significa reordenar las unidades emocionales en cuestión²⁶.

Es la fase en que la auto-observación consiste en reconstruir las secuencias perceptivas, emocionales y cognitivas, o sea lo que uno percibe, siente y cómo se lo explica. Hay que empezar a construir estas pequeñas secuencias. En primer lugar, lo que uno percibe, prestando mucha atención en mostrar al paciente como lo que se percibe no es una realidad objetiva externa, lo que se percibe siempre es una construcción de lo que se hace, conforme a cómo se miran las cosas. Luego, se presta atención a lo que suscita lo que uno percibe y cómo se lo explica. Para un fóbico, por ejemplo, este nivel se evidencia inmediatamente: percibir la actitud de la esposa en términos de abandono-protección, este hecho lo ve como una señal y luego se lo explica como un ataque de corazón. Se procede con esta secuencia.

Los dos objetivos de esta reestructuración son: en primer lugar una lectura más interna de lo que ocurre. Durante esta fase, se pasa de un “problema objetivo”, a una actitud hacia la realidad, llevando a cabo de esta manera un desplazamiento hacia una lectura interna. Este desplazamiento se nota a partir de cómo el paciente comenta lo que le ocurre. Por lo tanto se pasa *de un problema objetivo a una actitud personal hacia la realidad*. Segundo, *una lectura más interna y más activa*. Una lectura más activa: pongamos el ejemplo del paciente DAP, consiste en comunicar y poner de manifiesto de manera clara, en función de este punto de vista, que dentro del problema que él trae, su rol no es tan pasivo como él lo cuenta, tiene un rol activo. El problema lo construye activamente él. En el caso del fóbico, por ejemplo, mientras reconstruye estas secuencias mediante la auto-observación, (mientras se lleva a cabo este trabajo sobre los acontecimientos que trae, se empieza a tener una idea más precisa sobre su vida cotidiana) la lectura más activa consiste en mostrarle cómo lo que le pasa no

es una casualidad, sino que corresponde a una verdadera construcción de un espacio fóbico. Por cierto no hay que utilizar la palabra espacio fóbico, sino que hay una modalidad específica en que él selecciona, de manera muy activa, el ambiente, las personas, los lugares. Frente a un DAP, por ejemplo, esta lectura interna corresponde a convertir “los demás son intrusivos...” en “me siento definido por el juicio de los demás”. La lectura más activa significa: “el juicio de los demás es una manera de definirme que me permite no asumir ninguna responsabilidad con respecto a equivocarme o no”. Todo lo que ocurre en este momento, ocurre a partir de un nivel ya adquirido. Se empieza a poner de manifiesto este hecho, o sea que una actitud personal no es una enfermedad; que morir de miedo por el juicio de un jefe, no significa ser una persona que tiene una actitud benévola hacia los demás ya que les presta mucha atención, sino una persona que de esta manera, ahora que ha dejado de sentirse el primero de la clase, se ha construido una manera de funcionar, de interpretar las expectativas de otra persona y de sentirse bien cuando delega, pero esta no es una modalidad activa. Para un OBS, es aún más fácil. Llegados a esta fase, aparece cómo sus rituales coinciden con situaciones agresivas; es fácil mostrarle cómo todo esto es un sufrimiento que presenta un aspecto activo, él prefiere sufrir, más que cambiar la imagen de sí mismo como de una persona perfecta.

6.2.3 Desde el “hic et nunc” al “desequilibrio afectivo”

Aquí hay otro nivel de auto-observación. A los dos meses de entrenamiento en auto-observación cotidiana de los fenómenos que provocan malestar, el paciente empieza a tener una cierta visión general sobre su vida y sus dominios de experiencia que van más allá con respecto al significado crítico en cuestión. Un fóbico al acabar las primeras 4 sesiones relativas a la definición del problema (primera fase) y 8 de esta fase, 12 en total, empieza a entender cómo se organiza la vida, cómo es su relación con la esposa, con los hijos, cómo es su vida social, cómo se comporta frente a los amigos. Por lo tanto, ya se tiene un marco parcial actual de lo que son sus dominios de significado en otras áreas de la experiencia. En este punto se dispone de la condición para plantear una reformulación del problema específico traído al inicio; una reformulación que tome más en cuenta los temas de fondo. Es la fase en que el fóbico empieza a notar cómo su hipersensibilidad hacia los temas de alejamiento-aproximación de la esposa coincide con un cambio percibido por él en su relación matrimonial. Se empieza a conectar el problema específico que ha traído al inicio (ya se trabaja desde hace 12 sesiones) con los temas de fondo de tipo afectivo, de apego.

Para un fóbico se trata de un desequilibrio en la relación matrimonial. A su mujer que ha empezado a trabajar deja de percibirla como una base emocional, afectiva, tiene miedo, por ejemplo, que alguien la intente seducir en el trabajo. Aquí es aún más fácil hacerle notar cómo este comportamiento fóbico es activo, o sea en qué medida este comportamiento que él percibe como pasivo, experimentado como un ataque de corazón, es un comportamiento activo, ya que llega a ser, en una situación desesperada, una manera activa de controlar a la mujer y recuperar el rol de exclusividad que piensa o siente haber perdido. Para los DAP, el tema es el mismo, generalmente presentan un gran problema en la confrontación: cambios de trabajo, examen de selectividad, responsabilidad, nacimiento de los hijos. Es fácil ver cómo este miedo a exponerse se puede asociar al tema de la comparación, el miedo a exponerse se podría presentar hacia el marido ya que los DAP, por ejemplo, consideran que una relación es válida solo en el caso que el marido le considere como la mejor mujer del

mundo; si no le considera de esta manera, hay que separarse en seguida; o en relación al padre...

Yo tengo un paciente DAP que, en su primer día de trabajo en una nueva empresa, se desmayo en un sitio de trabajo enra como la mejor mujer, ó con pérdida de conciencia; desde este momento no se ha podido comprometer nunca, porque, cuando se compromete en el trabajo, se desmaya. Presenta un tema de miedo hacia el padre, un padre que es un gran empresario, que le consiguió este trabajo por influencias. El problema es que el primer día tenía que introducirse en el grupo de colegas, tenía que hablar y comentar las experiencias que tuvo en el pasado, tenía que dar una buena impresión; pero el reto era que, si le caía mal a esta gente, podría perder la privilegiada relación con el padre con quien estaba en competición desde hacía 25 años. En esta fase se puede empezar a reformular incluyendo temas de fondo de este alcance.

P: *¿Y el depresivo?*

R: Para el depresivo, en general, el mecanismo es siempre el mismo, pero hay que asociarlo a su tema de vida específico. Siempre es un mecanismo en que el esfuerzo ha dejado de recompensarle, y esto depende de muchos factores, por ejemplo, de un fracaso en el trabajo, de una decepción sentimental o simplemente de no sentirse reconocido en un sitio de trabajo en el cual se había comprometido. Siempre hay que mirar el tema de fondo. Si se llevan 12 sesiones trabajando con la auto-observación se hace evidente el tema de la pérdida. Los temas de pérdidas tienen aspectos específicos de abandono, es muy fácil que el paciente se dé cuenta y que asocie la oscilación de pérdidas, rabias, que se han reconstruido durante 12 sesiones, a un tema afectivo de fondo.

En general el aspecto importante cuando se llega a esta reformulación de los temas de fondo se refiere a poner de manifiesto la posible discrepancia o amenaza que la persona percibe en su balance afectivo. Os mostraré los temas principales que siempre se producen.

La cuestión es poner de manifiesto la discrepancia percibida, como en el caso del fóbico, o la discrepancia posible, como en el caso del DAP, proveniente del balance afectivo. Hay siempre un tema relativo a una situación percibida de mayor separación o mayor falta de cariño o de una posible decepción. Hay que evidenciar esta discrepancia del balance afectivo, construirla como una perturbación emocional; una vez que el paciente acepta esta discrepancia, le cambia el sentido de sí mismo. Esto es muy fácil, parece difícil, pero en la práctica es facilísimo. El fóbico nunca admitiría que se ha vuelto fóbico desde que la mujer ha empezado a trabajar, y por lo tanto que él es celoso y la controla menos. Nunca admitiría que quiere a la mujer por esta razón. Como hacen los fóbicos, tipo John Wayne, dirá que no le importa nada que la mujer trabaje. Desgraciadamente tiene esta enfermedad, de lo contrario no le importaría; mientras la mujer trabaja se iría a pescar, pero, ¡maldita sea! justo ahora que está más libre ¡no podrá ir a pescar! Emerge visiblemente el discurso: ¡mira qué coincidencia! Este problema empieza justo cuando la mujer empieza a trabajar y reconocerlo como enfermedad significa seguir considerándose John Wayne. Si se le reformula en términos de debilidad, qué implicaría para él considerarse una persona mucho más sensible a los fenómenos afectivos y sentimentales, no está dispuesto a aceptarlo. Se reformula de esta manera: “usted tiene una sensibilidad afectiva hacia una persona que no le es extraña ¡es su mujer! hay que entender ¿por qué se vuelve tan débil y prefiere considerarse un enfermo?”. Plantear esta reformulación en la práctica no es tan difícil: ya se conoce a esta persona desde hace 14 sesiones, ya se ha hecho evidente la dinámica con esta mujer. Se constata cómo por

cada discrepancia, por cada conflicto con la mujer, él se ha sentido mal sin nunca admitir que le había sabido mal. Hay que trabajar bastante este aspecto, pero el tema de la reformulación es este.

6.2.4 Parte Segunda: el estilo afectivo

Una vez se ha planteado esta reformulación de mayor nivel, ya se ha llegado a la mitad de la segunda fase, y se ha organizado la base para la reconstrucción del estilo afectivo. Se ha llegado a asociar el problema a los temas de fondo, o sea a ver cómo este problema tiene que ver con las discrepancias actuales percibidas o posibles que dependen del balance afectivo, cómo estas discrepancias cuestionan el sentido de sí mismo que la persona presenta habitualmente. Lo que se hace en esta fase es estudiar su manera de vincularse o separarse de las personas, estudiar su vida afectiva como un proceso.

Durante la reconstrucción de la historia, ocurre lo que se define como *reconstrucción emocional de segundo nivel*, que se podría definir como *molecular*: en la fase precedente, atómica, se ha tratado de distinguir las unidades emocionales principales. En esta fase, la fase molecular, se trata de recomponerlas, o sea ver cómo estas unidades emocionales siempre se acoplan en secuencias y forman esta pirámide más compleja.

¿Cómo se trabaja con la historia afectiva? Se lleva a cabo no solo reconstruyendo las relaciones con las personas significativas, sino también se pone mucho énfasis en los momentos de formación, mantenimiento y ruptura. Se da mucha importancia a una reformulación, una restructuración de estas relaciones, de manera que resulte siempre más claro el significado personal de fondo del sujeto. En el caso del fóbico, el tema es tratar el apego ansioso: ver la mujer como pareja y como figura protectora que hay que controlar. De esta manera se leen todos los temas relacionales, incluso los enamoramientos iniciales, hay que ver cómo en todas las relaciones se detecta un patrón repetitivo. Aquí se manifiesta la fase molecular, se recomponen las emociones individuales para ver la estructura de fondo.

A los DAP les ocurre lo mismo, se nota cómo cada relación afectiva coincide, por un lado, con la supeditación al juicio del otro como criterio de “validación” y, por otro lado, el tener que diferenciarse constantemente de la importancia del juicio de los demás. Por lo tanto se tiene que reformular, por un lado en términos de deber adherir, flirtear con las expectativas del otro, y por otro lado de tenerse simultáneamente que diferenciar de esto. Todos los desequilibrios se producen cuando se pierde este sutil equilibrio. Los obsesivos siempre presentan el problema de tomar decisiones de vida en situaciones que implican emociones que para ellos no son aceptables. Son momentos en que se le desmonta todo el tema de la certeza. Imaginad cómo se sienten dentro de una importante relación afectiva que implica tomar decisiones de vida. Lo mismo ocurre cuando un obsesivo empieza a sentirse más frío hacia una relación afectiva o empieza a percibir una relación como repetitiva o redundante. En general lo que hay que tomar en cuenta es el estilo afectivo presente en cada organización, ya que luego el tema afectivo está constantemente presente. En los depresivos, por ejemplo, en la fase en que se reconstruye el estilo afectivo, se hacen más evidentes los temas de fondo. En general el paciente depresivo acude a terapia con una significativa oscilación depresiva, asociada a una relación finalizada o que está a punto de terminar, o en una fase inicial de la relación, que representa una fase aún peor. Cuando un paciente de este tipo se encuentra en una fase inicial de una relación significativa, anticipa que esta relación terminará mal; además interpreta esta relación inicial como la última ocasión de vida y esto le provoca una

depresión aún más intensa, la rabia es prevalente: se enfada con la pareja, le monta un número, vuelve a casa borracho y pierde el control, casi presentando aspectos psicopáticos. Es muy importante que el terapeuta le empiece a proporcionar esta definición: una especie de recuperación del control que produce un acontecimiento absolutamente cierto de la ruptura es un mecanismo que los depresivos utilizan a menudo, o sea reducir la incertidumbre, provocando en primera persona el acontecimiento “pérdida” que se había anticipado como cierto. La fase final, en cambio, ocurre cuando la relación está bloqueada o una relación en que la pareja está tomando distancia. Ya me había referido al caso de un paciente depresivo con perversiones sexuales²⁷, es un clásico. Después de la primera fase de observación, tenía claro todos los temas de pérdida, de desprecio. Cuando hemos empezado a tratar la historia afectiva, este tema ha aparecido bastante claro: las perversiones sexuales representaban una manera de enfrentarse a una ruptura de una relación con una función bastante coherente y acorde con su tema. El tema consistía en que él era lo que tenía que ser, dejado por el otro miembro de la pareja, y no al revés. Lo que hay que hacer en esta fase del estilo afectivo es llevar a cabo una reconstrucción en que se le muestra *la coherencia del estilo afectivo*, que es una coherencia relativa al significado personal; es muy importante mostrar esta coherencia como si fuera algo activo, como una construcción llevada a cabo por el sujeto. Que quede claro que nunca hay que acusarle. Enseñarle que se trata de una construcción activa es algo que hacen también los terapeutas racionalistas, pero lo hacen de forma acusatoria: “¡Ah, se da cuenta que es usted quien ha provocado este resentimiento por parte de su mujer, es usted que se lo ha generado!”. Mostrarle esta coherencia en términos de significado personal permite empezar a plantear una eventual historia evolutiva.

P: *¿Qué significa hacerle ver que es activo?*

R: *La actividad* para un depresivo que presenta una imagen de sí mismo como diferente, separado del mundo, despreciable, significa que tendrá que ponerse las pilas y esforzarse mucho para que los demás le presten atención. ¿Qué relaciones afectivas le podrían ocurrir a esta persona?

Esto se hace evidente también en los DAP, que presentan el tema del “máximo imaginable”, que “es” lo que dicta el juicio de los demás, es obvio que tiene una cierta tendencia a buscar a todas las personas imposibles, las más “espectaculares”, como la clásica “comparsa” de las películas, que se enamora de una estrella de Hollywood.... ¡Es un clásico!

En general llevar a cabo esto no es difícil. Luego analizaremos una serie de casos para entender en qué consiste concretamente la reformulación en esta fase. Por lo tanto se trata de llevar a cabo una reconstrucción de la historia afectiva, con el objetivo de una mayor lectura interna, mostrándosela no como algo que le ha ocurrido, sino como una actitud suya hacia la realidad. Por lo tanto, una lectura más activa significa “detectar su papel predominante en la estructuración de estas cosas”, y por esto, el primer aspecto consiste en esta reconstrucción en términos de una coherencia interna con significado personal.

Luego hay un segundo aspecto relativo a éste, y es *la restructuración de la gama emocional*: se definen mucho más cuidadosamente todas las emociones presentes en las relaciones; se especifican claramente y en términos de “patrones”, o sea, no en términos de tonalidad emocional individual como en la primera fase, sino en términos más complejos. En un paciente depresivo, por ejemplo, *la rabia* sigue siempre a *la desesperación* o a la pérdida, que a su vez siempre va seguida de *la vergüenza*; se especifican como en una línea precisa, y que una vez superada esta línea, se desencadenan siempre temáticas auto-

destructivas, con una ideación más o menos clara de suicidio, un periodo regresivo. Esto representa una manera de elaborar y procesar la separación, una invalidación o una decepción. Esta es la manera de reestructurar las tonalidades emocionales y mostrar cómo estos fenómenos, experimentados como totalmente extraños, son modalidades afectivas con las cuales el sujeto se reestructura una transformación que ha percibido en un vínculo o en una situación. El objetivo, para proporcionar una idea del significado de la reconstrucción y la reestructuración de las tonalidades emocionales, es mostrar el apego como una construcción específica de la persona, de cómo la persona interioriza las imágenes de los demás dentro de sí mismo, como una construcción, específicamente modulada por emociones o por secuencias idénticas. Para el fóbico, por ejemplo, tiene que quedar muy claro que el apego para él significa interiorizar en una dimensión protectora la imagen del otro y esta interiorización se regula a través de estas emociones de miedo y constricción, que representan los máximos reguladores; es mediante estas modulaciones que el fóbico se da cuenta que la otra persona es significativa. Esta segunda parte de esta segunda fase puede tardar incluso dos, tres, cuatro meses, en parte porque muy frecuentemente para llegar a una consistente reconstrucción y a una reestructuración de las tonalidades emocionales, hay que recorrer varias veces la relación afectiva incluso cuando se trata de la misma historia afectiva significativa en que se ha producido una discrepancia actual. A medida que emergen cosas nuevas en términos de reconstrucción, hay que volver otra vez al inicio; desde este aspecto se puede tardar mucho tiempo, pero generalmente esta segunda parte se puede considerar concluida, al término del estilo afectivo, donde todo eso coincide con una consistente remisión clínica. Por consistente remisión clínica entiendo que el paciente no solo está, con respecto al inicio, asintomático: el paciente fóbico clásico sube la escalera, sube al autobús, vuelve a casa, sino que tiene un mayor control sobre las referidas emociones que crean malestar. Las emociones que provocan malestar, que todavía siguen presentes están referidas por parte del paciente en términos de emociones personales. Siempre a la manera “fóbica”, comentando: “doctor ahora estoy bien, pero todavía me siento muy sensible hacia mi mujer”. Sigue comentándolo como si fuera algo extraño, pero ya en términos de experiencia personal. Muchos fóbicos en esta fase comentan “No tengo ansiedad, pero lo pienso, aunque no me gustaría pensar en esto, doctor me gustaría subirme a un avión sin pensar en esto, no tengo ansiedad pero no puedo dejar de pensarlo”.

6.2.5 Aumento de consciencia y reacciones depresivas

A modo de prefacio: en la primera parte de esta segunda fase, antes de pasar a la historia afectiva, se ha trabajado también con técnicas específicas. Pongamos el caso de un paciente DAP con el problema de la dependencia del juicio de los demás; se ha empezado a construir este discurso de *mirar los comportamientos de los demás como una información sobre sí mismo o como una información sobre los demás*²⁸, ya se ha introducido este aspecto.

Esto es importante porque cuando se pasa a la historia afectiva, algunas modificaciones acerca del *hic et nunc* ya tienen que haber ocurrido, porque también para trabajar con la historia afectiva se necesita que el paciente posea ya otro nivel de conocimiento. En el caso del fóbico, por ejemplo, se necesita que en la primera fase ya se hayan desvelado los misterios sobre el hecho que la constricción y la soledad son cosas que se relacionan en términos de reciprocidad: qué es la constricción, qué significado tiene para él, qué es la protección y qué significado tiene para él, y qué significan las dos juntas en términos de apego.

Para un DAP, en esta fase ya no tendrían que existir problemas acerca del discurso que el tema del juicio consiste en considerar el comportamiento de los demás como una información sobre sí mismo, mientras tanto se entrena a considerarlo como una información sobre ellos. Para un depresivo, en cambio, tiene que quedar bastante claro que considerar la rabia en términos de una cosa extraña y sentirse despreciable corresponde a un sistema eficiente para validar un sentido de exclusión, para no asumir la responsabilidad de dedicarse a algunos asuntos personales.

A un obsesivo, en esta fase, ya le debería resultar bastante claro que también los santos se enfadan y si se quiere ser santo e ignorar que el ser humano presenta sus “filias” y “fobias”, etc., hay algo equivocado en esta santidad ya que la santidad es una concepción. Estas cosas tienen que quedar claras, y se tendría que haber ya tratado en esta primera fase todos los problemas que emergen en función de estas modificaciones iniciales antes de empezar el trabajo de la historia afectiva. En este punto hay una serie de problemas que emergen siempre: a un fóbico, por ejemplo, el mirarse como regulado por las polaridades protección-constricción no le gusta para nada. Estas primeras modificaciones que es interesante considerar como “resistencias”, son todas reacciones depresivas. Hay que entender cuanto implica para una persona asumir una óptica en la que se ve obligada a mirarse desde otro punto de vista, no es algo fácil, de lo contrario, lo hubiera llevado a cabo por sí mismo. El fóbico se deprime a causa de su relación con las emociones. Ni siquiera se da cuenta, estaba acostumbrado a interpretarse como John Wayne y de repente le cambia la imagen: ¡es débil! Este hecho le lleva a deprimirse mucho, se enlentece, le cambia la mímica, le cambia el esplendor habitual, pero sin que exprese contenidos subjetivos de depresión. Esto se puede notar porque empieza a presentar una efervescencia de somatización, que es la manera con que advierte un desequilibrio. Aquí hay que intervenir, ya que es un presupuesto para llegar a la segunda significativa reformulación que hemos comentado precedentemente; la reformulación que el problema específico se asocia al tema de fondo. A los DAP, se les presenta constantemente un problema: cuando empiezan a considerar el juicio de los demás como una información sobre ellos, en primer lugar se tiene una reacción de entusiasmo al nuevo descubrimiento: “Ah! nunca he tomado en cuenta a los demás, acabo de descubrir a los demás. ¡Cómo he podido no considerarlos durante todo este tiempo!” Esta es la primera fase, luego empieza a sentir una fuerte decepción, porque empieza a mirar a los demás como una información sobre ellos, los demás ya no son marcianos, sino solo personas ordinarias y es frecuente que el paciente tenga una decepción como la que tuvo durante la adolescencia; se ha volcado en un jefe que le parecía la persona más autoritaria del mundo y cuando ha empezado a ver las cosas desde la otra óptica, le parece tonto, mezquino, y descubre que se ha vuelto enemigo de las personas que, en cambio, hubieran podido ser sus amigas. Estos son los momentos en que se le hace más evidente el significado personal. Al producirse las primeras modificaciones, el fóbico, se vuelve miedoso. El DAP se decepciona. El depresivo se deprime. El depresivo presenta siempre este tema. Dentro de sus temas más críticos, él también es muy sensible al juicio de los demás, pero a diferencia del DAP, el juicio de los demás le proporciona una idea de pérdida. Si en este punto se entrena al paciente a considerar el comportamiento de los demás como una información sobre ellos y no como su responsabilidad, inmediatamente se siente descargado, pero de repente interpreta la vida como un desierto, y afirma que este hecho de sentirse responsable de los demás, de sentirse algunas veces definido afectivamente por el juicio de los demás representaba un vínculo con los

demás. Ahora se siente mucho más libre, que es algo bueno y no entiende cómo no ha conseguido entenderlo antes: lo que hace Giovanni define a Giovanni: “jólín, entonces es un verdadero desierto, cada uno hace lo que le da la gana, cada uno piensa solo en sí mismo, entonces todo estos vínculos que yo percibía no existen”; este es otro aspecto que presenta. El obsesivo presenta estos temas de certezas, pero cuando se le empieza a plantear este discurso “venga, también los santos se enfadan”, empieza a perder la certeza sobre sí mismo y por lo tanto empieza a deprimirse. Es interesante porque, desde este punto de vista, se hace presente en todos una reacción de impotencia, o sea se nota como una modificación de este tipo, o sea una estimulación del sentido de sí mismo en curso, se vive siempre como una pérdida o como una amenaza. Posteriormente esta pérdida o amenaza se expresa en función de un significado específico: por lo tanto en el fóbico se manifiesta mediante las somatizaciones; en los DAP mediante un aumento de la incertidumbre y de la decepción hacia los demás. El depresivo se deprime aún más y comenta: “Entonces es como pensaba, es verdad que la vida es una marcha en un desierto, claro antes me sentía más vulnerable, solo con que el jefe me dijera “este trabajo lo has hecho mal”, yo ya me sentía mal; ahora entiendo que me dice que hago mal mi trabajo, solo porque tiene envidia de que lo haga bien. Pero me siento solo”.

P: *¿Se manifiesta un sentimiento de soledad?*

R: Las resistencias son estas. Hay una estimulación, la persona se ha visto obligada a mirarse desde otro punto de vista. Siempre tiene un sentimiento de pérdida, pero lo expresa a través de su específico significado.

El obsesivo en esta fase, no obstante haya entendido la reformulación, presenta un aumento de los rituales; admite que el aumento de los rituales le sirve para sentirse más tranquilo ya que hacer todo de golpe es imposible, y esta es una demostración que ha entendido la reformulación. Experimentó un gran choque emocional: el descubrimiento que la agresividad es algo que se puede sentir y que es un sentimiento humano. Este descubrimiento le quita la carga que llevaba encima; le hace sentir más tranquilo pero también le hace sentir un poco “sucio”, antes se sentía limpio y luego de golpe descubre que tiene el “culo sucio” por haberse sentado en algún sitio; esto es lo que siente un obsesivo, o sea, por un lado se gusta más porque mientras tanto ha descubierto la humanidad de la agresividad, la descubre durante la terapia con el terapeuta y esto es como si le diera el permiso para sentirlo, percibirlo; pero al mismo tiempo se siente más sucio de lo que se esperaba. Por lo tanto también en este caso se deprime un poco y se puede evidenciar un aumento de los rituales. Me acuerdo de una paciente obsesiva, una de las obsesivas graves; cuando tratamos este argumento (ella tenía un gran problema con el marido, que era un jugador compulsivo), y cuando sentía rabia porque el marido se gastaba el sueldo mensual jugando compulsivamente, intentaba controlar la rabia ordenando el piso 277 veces, sin darse cuenta de lo que estaba sintiendo. Después de haber llevado a cabo este trabajo, le parecía todo más claro, y me comentó: “anoche mi marido llegó a casa, y me di cuenta, o sea entendí que sentía rabia, y no tuve la necesidad de ordenar el piso, pero tenía muchas ganas de llorar”. Se nota inmediatamente el foco de la impotencia, impotencia pura, sintió la rabia y en consecuencia no tuvo la necesidad de ordenar; pero sentía las lágrimas que le caían. A veces no ocurre solo esto, sino que se puede verificar un pequeño aumento de los rituales, pero se experimenta como algo diferente con respecto al inicio de la terapia, ni siquiera se relata como un empeoramiento sintomatológico. Este trabajo se lleva a cabo antes de empezar a trabajar con la historia afectiva, todo este repertorio se utiliza antes de llegar a la redefinición de fondo

con la que sucesivamente se empieza la historia afectiva. Cuando se empieza a trabajar con la historia afectiva se puede contar con el trabajo hecho previamente que se trasladará en la historia afectiva.

P: Por lo tanto el efecto de la terapia en esta fase se podría definir como una paradoja... o sea... es como si el sufrimiento mental empeorara. ¿Qué ocurre?

R: No creo que los sufrimientos mentales existan...

P: O sea, el hecho que el paciente depresivo o el obsesivo hagan estas cosas, ¿qué significa? que vuelven a sentirse mal, pero es un sentido diferente y esto ¿significa que están peor que antes?

R: No, acusan el golpe, pero es lógico. Hacer un cambio de imagen no es algo fácil para una persona. Pero, en general, esta fase no dura mucho; luego la tarea del terapeuta consiste en explorarlo y reestructurarlo.

P: ¿Hay que reformular algo?

R: Claro! No se puede dejar así; hay que reformular, comentándole que lo que le está ocurriendo, es lo que ocurre cuando uno cambia la imagen de sí mismo y se mira desde otra óptica. Se le explica también la razón que le ha impedido llevar a cabo este cambio de imagen por sí mismo; la razón es que no se trata de un trabajo simple. Hay que trabajar constantemente para poner un parche a la extrañeza y a la atribución externa. Es lo que estaba comentando antes: el hecho que se produzca esto, es una demostración que no se trata de una enfermedad, sino que el cambio acerca de la imagen de sí mismo es un trabajo duro, que implica mucho sufrimiento, y por lo tanto el paciente no lo puede llevar a cabo por sí solo. “Si no has hecho este trabajo por tu cuenta, no significa que eres un vago, o que quieras sufrir, o que eres un masoquista”. Esta es la fase ideal para proporcionarle esta explicación.

P: Pero el paciente podría interpretarlo como un empeoramiento.

R: Que quede claro que no estoy hablando de errores terapéuticos. Si el terapeuta hace bien su trabajo en general no se presenta un empeoramiento sintomatológico. Si, en cambio, este trabajo se ha hecho sin enfocar bien las emociones y con una oscilación continua sobre la actitud racional, es obvio que el paciente llegará a la fase en que se trata la historia de vida sin saber quién es el culpable, si es él, si es la vida. Entonces, en este caso se puede hablar de un empeoramiento, no lo excluyo. Pero si este trabajo se lleva a cabo intentando que la persona entienda que ha desenterrado los problemas, se produce un efecto rebote, se manifiesta siempre, ya que cambiar la actitud hacia sí mismo no es para nada fácil, es un trauma.

6.2.6 La mejoría sintomatológica: ¿interrupción de la terapia?

P: Oye Vittorio, aunque hayas conseguido llevar a cabo todas estas fases terapéuticas. ¿Podría ser ésta la fase en la que algunos pacientes quieren dejar el tratamiento?

R: El 50% de los pacientes, alcanzada la mejoría sintomatológica, dejan la terapia. En esta fase se evidencia una consistente mejoría sintomatológica asociada a una nueva actitud hacia la realidad, o sea el paciente empieza a utilizar una serie de categorías que antes no consideraba mínimamente. En la mayoría de los casos, la terapia se cierra en esta fase. No se acabaría si os comportáis como un cancerbero, como se portan la mayoría de los psicoanalistas: “Ah!, si interrumpes tendrás una recaída, y una recaída podría llevarte a una crisis psicótica, a sentirte cada vez peor”. Para que los pacientes no dejen el tratamiento, se tendría que llevar a cabo una acción coercitiva. Si se deja que sea el paciente quien tome la

decisión, como tendría que ser, lo que ocurre es que la mayoría de los pacientes deciden dejar el tratamiento, o sea deciden que: “doctor, no quiero perder la relación con usted; usted me ha ayudado mucho; le volveré a llamar”. A veces puede ocurrir que, en cambio, algunos pacientes, deciden seguir con la terapia pero no están dispuestos a trabajar con los problemas ni a profundizar mucho más. Acuden una vez al mes; quieren charlar un rato: “Todo va bien, yo estoy bien, sigo utilizando las mismas instrucciones, sobre todo frente a mis problemas de juicio; cuando me siento juzgado me digo a mí mismo...” Y no quieren hacer nada más que esto. En mi opinión es una elección existencial lícita. Normalmente la gente tiene esta sabiduría de auto-regularse por sí misma. Creo que la gente, de alguna forma, incluso si no puede expresarlo en palabras, tiene curiosidad de conocer lo que se puede permitir conocer. Nunca insisto; muchas veces, cuando noto que los pacientes empiezan a sentirse incómodos, soy yo que les sugiero: “llegados a este punto, si está de acuerdo, podríamos empezar a vernos cada 15 días o una vez al mes”. Hay una minoría de pacientes que, en cambio, siguen el tratamiento. Desde este punto de vista, esta minoría de pacientes, mediante la experiencia terapéutica, se pueden empezar a reconocer a partir de la primera sesión. Es gente curiosa, es gente que tiene la costumbre de reflexionar sobre sí misma. Puede pertenecer a todas las categorías: dápicos, fóbicos, obsesivos o depresivos. Normalmente son aquellos que, ya al finalizar la segunda fase, o sea cuando todavía están trabajando sobre la historia afectiva, empiezan a anticiparse al terapeuta y le comentan: “doctor, me identifico mucho con lo que me está comentado, cada vez que tengo una relación importante con alguna mujer siempre hay este tema de protección. Quiero entender cómo se ha desarrollado este tema; cómo ha ocurrido. Mi madre, cuando era pequeño...”. Cuando no son ellos que lo quieren espontáneamente, preguntando al terapeuta antes de que se lo plantee, es bastante sospechoso, es como si la persona resistiera, como si quisiera estar bien sin saber más. También porque en esta fase el terapeuta ya le ha dado materia, o sea ya se ha trabajado con la historia afectiva, y se ha tratado el patrón de apego aunque no se haya tratado demasiado en detalle, ya se le ha proporcionado una base: “esto probablemente es una manera de ver las cosas con la cual usted ha mirado a su madre desde pequeño” (mientras tanto se han conseguido informaciones sobre la madre) se le ha dado información y por lo tanto si el paciente, llegado a este punto, no comenta: “doctor, yo estoy bien, pero me gustaría entender más...”, no conviene que el terapeuta insista mucho. No conviene por dos razones: en primer lugar porque la historia evolutiva es un procedimiento que suscita altos niveles de intensidad emocional, y por lo tanto la persona tiene que ser capaz de tolerarlos. La mejor manera con la que la persona puede tolerar esto es cuando tiene curiosidad de entenderlo. En segundo lugar, si la persona no quiere tratar la historia evolutiva, nunca hay que tratarla, se le pregunta: “¿qué hacías cuando eras pequeño?” Antes de los 12 años no me puedo acordar de nada”; por lo tanto es una de aquellas situaciones en que no conviene insistir también por esta razón: si él no se acuerda, no se puede hacer nada.

6.2.7 La terapia con los adolescentes

P: *¿Qué ocurre cuando los pacientes son muy jóvenes?*

R: *¡Con los pacientes muy jóvenes es muy fácil! Si un paciente acude a terapia con 18 años, toda la terapia está focalizada sobre la historia de desarrollo. Y además, con los adolescentes el trabajo se hace interesantísimo. Se trabaja con plastilina. Los adolescentes se encuentran en una fase del ciclo de vida donde todo es muy reciente y cuando se trabaja*

con adolescentes listos, que sienten curiosidad, se consigue muy fácilmente reordenarle las partes. Los adultos, en cambio, son “cabezones”, sobre todo después de los 35 años. El trabajo con los adolescentes entre los 18 y 25/26 años es muy fácil. Pasados los 35, el trabajo se hace duro, porque las personas ya están estructuradas, súper consolidadas. Frente a estos pacientes la más pequeña oscilación del sentido de sí mismo se vive como una amenaza. Un atentado. Me acuerdo, en cambio, de algunos adolescentes en situaciones durísimas, cuyos problemas se resolvían en pocas sesiones, parecía un milagro. Los adultos, en cambio, crean muchos problemas.

P: *Vittorio, con respecto a los pacientes que tiene más de 50 años... ¿Qué se les aconseja: ir de peregrinación a Lourdes, o los aceptas igualmente?*

R: Yo, por costumbre, acepto a todos los pacientes, pero siempre especificando todo.

6.3 Tercera Fase

Vamos a ver dos cosas sobre el desarrollo: el desarrollo, para los que llegan a este punto, representa la tercera fase. La regla fundamental es que está prohibido tratar la historia evolutiva si no se ha producido una mejoría sintomatológica, si no se ha alcanzado un nuevo conocimiento y no se ha producido un cambio de actitud del paciente hacia la realidad, porque, si el paciente no analiza su pasado desde otro nivel, no sirve para nada; sería como repasar lo que ya se conoce. Mediante la historia de desarrollo se puede conseguir una reorganización de la gama emocional de tercer nivel. Como ya hemos dicho: el primer nivel es la fase atómica, el segundo nivel es la fase molecular, y el tercer nivel, podríamos definirlo, siempre utilizando un lenguaje de la química, una reorganización de carácter *molar*, en la que se juntan muchas moléculas para crear una macromolécula. En este punto se empieza a trabajar con los temas de vida. Si la emoción individual era una unidad (átomo), y luego una secuencia (molécula), por ejemplo, pérdida- rabia- vergüenza, eso llega a ser un tema de vida, o sea la unión de más secuencias como pérdida- rabia- vergüenza empiezan a estructurar un verdadero tema emocional, una direccionalidad de vida.

Por lo tanto, la historia de desarrollo se reconstruye con la actitud de modificación de la percepción de las imágenes o escenas con las que se componen los recuerdos. Se recogen los “esquemas emocionales” críticos y se empieza a reestructurar las mismas imágenes. La reestructuración se tendría que llevar a cabo de acuerdo con el problema que se ha trabajado con la persona hasta este momento. Si en esta fase, por ejemplo, se trabaja con un DAP, hay que prestar mucha atención a cada escena crítica relatada. Escena: “él a los tres años con el papá” se lleva el paciente a interpretar esta escena como “quién es papá, quién podía ser papá a los 30 años, cuando tenía aquel niño pequeño de tres años que eras tú”; se trabaja para que el paciente utilice esta experiencia actual de hombre adulto para que pueda comprender “como podía ser de adulto” papá durante la época del recuerdo. En primer lugar se lleva a cabo una reestructuración superficial de las imágenes individuales, y luego una reestructuración del contexto, y finalmente se desarrolla una reestructuración de la gama emocional, o sea captar a través de las emociones, los temas de vida correspondientes. Normalmente, como decía, cuando se trata la historia evolutiva durante una sesión, se asiste a fuertes reacciones emocionales, sobre todo donde hay un cambio de perspectiva o de puntos de vista acerca de escenas pasadas críticas que llevan a una mayor reorganización del significado personal.

6.3.1 Reestructuración de primer nivel

Los tipos de reestructuraciones posibles se pueden clasificar de esta manera: hay una *reestructuración de nivel 1*, el nivel que se consigue más fácilmente, en que hay una escena con unos elementos que la componen y un marco que define la atmósfera y el significado de la escena. Un primer nivel de reestructuración, superficial que ocurre continuamente, es el nivel en que cambian los elementos presentes en la escena, pero no cambia el marco, no cambia el significado; se especifican más precisamente los detalles dentro de la escena, el marco: un ejemplo típico es el de una mujer que, reconsiderando la actitud punitiva del padre hacia los 11 años cuando le suspendieron en el colegio, empieza a pensar, o sea se acuerda que en esta misma época el padre tuvo un fracaso en el trabajo. Es un detalle adicional que le cambia el orden, o sea “en aquella época en que tuvo un fracaso en el trabajo, aunque tú le habías decepcionado, papá no estaba enfadado contigo”. No es un cambio significativo, sino un reordenamiento de los datos internos; esto ocurre continuamente en el tipo de reestructuración más usual.

6.3.2 Reestructuración de segundo nivel

Es una reestructuración mucho más importante, es la *reestructuración de segundo nivel* en la que cambia el marco entero. Aquí no ocurre simplemente una reordenamiento interno, sino que cambia todo el marco. Un ejemplo de esto me ocurrió durante una formación, comentando la historia evolutiva de una colega que presentaba una organización fóbica. El acontecimiento hacía referencia a la siguiente escena. La madre y el padre eran campesinos en una zona de la Toscana. Recordaba que tenía 3 años ya que en una fecha posterior se cambiaron de país y además se acordaba que iba a la guardería, por lo tanto tenía más o menos tres años. Evocaba una escena en la que estaba con su madre; las dos estaban en el campo y la madre hacía uno de estos trabajos que se hacen en verano, recogía heno con otras mujeres. La madre la tenía cerca y para que se quedara quieta le hacía continuamente unas muñequitas de barro utilizando las panojas de grano. La cosa que le hacía recordar este hecho era una sensación de malestar, un malestar que le provocaba rechazo hacia estas atenciones, hacia estas muñequitas que la madre le hacía, y todo eso lo sentía con un sentimiento de desprecio hacia sí misma. Se sentía arisca, ya que no entendía este malestar hacia esta actitud afectuosa de la madre. Ella lo relataba así: “un malestar y una incomodidad mía respecto a un actitud afectuosa de mi madre”. Llevándole a enfocar bien esta escena, apareció todo el contexto, por ejemplo, que la madre estaba trabajando en el campo con otras mujeres. Todas las mujeres iban a trabajar por la tarde llevándose a los hijos, solo que en esta escena no se contemplaba la imagen de otros niños: estaban presentes la mamá, otras mujeres y ella cerca de su madre con estas panojas de grano. Enfocando bien la escena se podía ver que un poco más lejos había otros niños que jugaban al escondite, se encaramaban por los árboles, y que ella no podía hacerlo. O sea *el hecho que la madre le construyera muñequitas era una manera para que ella se quedara allí, pegada a su madre*. Durante la sesión tuvo una intensísima reacción emocional: su rostro palideció, tuvo un momento de confusión y luego pidió perdón y se fue al baño. Volvió al despacho y me comentó que había tenido un momento de angustia y fuerte taquicardia y se había visto obligada a interrumpir; luego se recuperó y siguió contándome su historia hasta los 6 años. La vez siguiente me contó todos los acontecimientos que le ocurrieron durante la semana precedente, y cómo a partir de este acontecimiento, había reconstruido 30 años de historia con la madre, todo desde esta

perspectiva. En el momento actual iba a casarse, y la madre le estaba montando un pollo, comentándole que era una ingrata, como siempre. La llamaba ingrata, porque ella quería comprar una casa nueva donde ir a vivir con su marido en lugar de ir a vivir a casa de su madre. Había llegado a esta conclusión recorriendo aquella escena con la madre. Había mirado la actitud afectuosa de la madre. La madre que le decía que era una ingrata, temeraria, que despreciaba su afecto, cuando ella se mostraba siempre dispuesta a darle todo, a ayudarlo en todo, que era una mujer trabajadora; la madre la veía como una loca temeraria que, no aceptando esta ayuda, siempre se metía en problemas. Este es el mismo tema que el de las muñequitas.

Este es un ejemplo de reestructuración de segundo nivel en el que se cambia el marco completamente, los objetos continúan idénticos, pero el significado de la entera escena cambia. Hay muchos ejemplos como este, con los fóbicos son bastante comunes. Otro ejemplo, que ya habíamos comentado, es el del fóbico de 15 años, de 1,90 de altura con una madre “menudita” (los fóbicos lo relatan de esta forma: acontecimientos de cuidado o afecto por parte de la madre que ellos interpretan como un incordio). Siendo la madre “menudita”, él a los 15 años ya formaba parte de un importante equipo de básquet; había sido seleccionado por su altura. Un día traen a casa una bota de vino de 5 litros, él se acerca para cogerla y la madre le comenta: “¡No! tú no te esfuerces! Ya lo haré yo!” un gesto de atención y cuidado que quería decir: “Tú no eres capaz, eres débil”. Desde este punto de vista, interpretaba este suceso como un gesto de afecto por parte de la madre, aunque lo experimentaba con un fuerte agobio. Posteriormente llegó a considerarlo como una manera en que la madre le quería decir: “eres débil”, para controlarlo. Esta es la reestructuración.

6.3.3 Reestructuración de tercer nivel

Una reestructuración aún más importante, que indica que se ha alcanzado otro nivel de conocimiento, es la *reestructuración de tercer nivel* que ocurre, no porque se modifiquen las partes internas o se cambie el marco de un acontecimiento, sino porque se cambia el orden de una serie de acontecimientos, no cambia ningún acontecimiento en sí mismo; los acontecimientos uno-dos-tres se cambian de orden y por lo tanto la entera serie de acontecimientos adquiere otro significado. Para los fóbicos, un ejemplo típico es el paciente que, de golpe, descubre durante la noche la historia evolutiva, o sea que la madre siempre había sido fóbica. Es un descubrimiento significativo, no ha ocurrido nada, no hay un nuevo acontecimiento, no se ha descubierto ningún nuevo detalle, solo se dispone de otro punto de vista con el que mirar un conjunto de acontecimientos ya conocidos, se observan desde un óptica diferente y por lo tanto se consigue mirar las omisiones, lo que no ha ocurrido pero hubiera podido ocurrir, o sea lo que está afuera de la situación. Para un paciente depresivo, por ejemplo, el paciente que siempre se ha considerado como un “oso” al que nadie quiere, las chicas lo rechazan y todos le comentan: “tienes la peste bubónica, nadie quiere salir contigo”. Relata toda su juventud de esta manera. A un paciente de este tipo, darse cuenta de todas las ocasiones que ha perdido a causa de esta secuencia, o sea darse cuenta de las acciones que ha perdido, le produce un efecto sorprendente. Detrás de este destino sufrido como si fuera un huérfano y un excluido social hay una modalidad personal con la que, él mismo, se ha cerrado muchas puertas, ha perdido muchas ocasiones, ocasiones de vida. Tampoco en este caso se mira tanto lo que ha ocurrido, cuanto lo que ha dejado de ocurrir, las omisiones. Es como mirar desde otro punto de vista hechos inusuales de vida; este es el

dato de reestructuración más importante, ya que significa ordenar de manera diferente los acontecimientos, no hay ningún descubrimiento de nuevos objetos. En las dos primeras reestructuraciones, en cambio, o se descubre un nuevo detalle o un marco diferente donde colocar la foto, aquí no hay nada de esto, sino simplemente se cambia el orden del conjunto de cartas que siempre han estado presentes. Los descubrimientos se asocian a una nueva evaluación, a cambios de los puntos de vista acerca de las personas significativas que llevan automáticamente a cambios de puntos de vista sobre sí mismo.

Pongamos el caso del chico DAP de 30 años con el problema, típico de los DAP, de la impotencia sexual: “Soy capaz, no soy capaz, lo conseguiré, ganaré los campeonatos mundiales, necesito una estimulación, la erección es válida o no válida”. Mientras trabajamos la historia evolutiva, descubre que el padre siempre tuvo toda la vida el mismo problema, un problema con su mujer: “¿Lo conseguiré o no lo conseguiré esta noche? Me tomarán el pelo, mi mujer lo compartirá con sus amigas”. Él paciente lo descubre porque el padre se lo cuenta, o sea el padre se lo cuenta porque le incita a contárselo. Él ya se había dado cuenta de este hecho, ya tenía la sospecha. Y la primera vez que le ocurrió quedarse solo con el padre estaban en casa de unos amigos y en un momento determinado los dos se quedaron en la cocina, mientras el padre preparaba un café. El empezó a hacerle unas cuantas preguntas precisas, frente a las cuales el padre le habría contestado: “ya eres mayor, tengo que contártelo”; pero a partir de la manera en que le había formulado las preguntas, él ya se lo esperaba, ya lo había entendido. De lo contrario, nunca lo habría imaginado, su tema de impotencia era: “nunca llegaré a ser un hombre viril como mi padre”. El padre, como afirmaría un psicoanalista, era la típica persona “fálica”, la casa llena de revistas pornográficas, ya desde que era pequeño. Por lo tanto siempre había imaginado al padre como un hombre viril, un hombre sexualmente insaciable. Su tema desde que era un chico fue “yo nunca llegaré a ser un hombre viril como mi padre” (exactamente tal y como le ocurre a una chica DAP “nunca llegaré a ser tan guapa como mi madre”). Y a partir de este acontecimiento, de golpe, descubre que el padre, era como él, tenía su mismo problema, igual al suyo, incluso más grave. Estas son las reestructuraciones más intensas, más significativas, las que se asocian a reacciones emocionales tal vez muy intensas.

Este es otro motivo que demuestra que la historia de desarrollo hay que llevarla a cabo solo cuando el paciente lo quiere, ya que muchas veces implican emociones muy intensas.

Una vez una paciente DEP-DAP se desmayó durante la terapia. Esto ocurrió cuando ella descubrió, mediante el trabajo con la historia evolutiva, focalizado en la época de la juventud, que toda su vida se podía resumir en un slogan: “trabajar duro para que alguien en casa la reconociera”. Cuando tenía 8 años, iba al colegio, hacía la compra, volvía a casa y buscaba conseguir dinero para prestar a los demás, sin que nadie se lo reconociera, y todavía se portaba de esta forma. Se desmayó en el sofá de mi despacho, cayó al suelo, su rostro palideció, sus labios se volvieron cianóticos. Me tocó recogerla y tumbarla en el sofá, luego me fui al baño para traerle una medicina. No me hubiera tenido que sorprender gran cosa. Dicho esto no quiero que penséis que soy sádico, pero es así, no hay que extrañarse mucho. Después de este acontecimiento experimentó un cambio espectacular, su vida cambió radicalmente, ¡algunas cosas no pueden ocurrir de otra manera! Era un mujer que durante toda su vida se había volcado en los demás, la típica solterona y depresiva, de las que se quedan en casa y lo dan todo por los demás. Salía cada mañana a las 8:00 y volvía a las 12:00 de la noche para hacer todo lo que podía por la madre, el padre, los tres hermanos cuidados

y mantenidos por ella desde que tenía 8 años. Ella tuvo este desmayo, y a los tres meses de este acontecimiento, su vida cambió radicalmente, se fue de casa y se mudó a otra ciudad, se fue a vivir a Roma en un estudio que había alquilado, mientras los padres se quejaban y se sentían abandonados por ella. Luego encontró un trabajo en Milán, se alejó de casa, se fue; de lo contrario nunca lo habría hecho.

Esto no quiere decir que hay que inducir acontecimientos de este alcance, pero tampoco hay que volverse paranoicos cuando ocurren. Cuando ocurren, se afrontan como se afrontan otras cosas. Pasada la fase de emergencia inicial, se pasa a la fase de asistencia. En primer lugar, hay que coger el paciente, tumbarle, y luego hay la fase de “cuidado” o sea del soporte emocional. Y luego se trabaja sobre lo que ha ocurrido. Se reconstruye en los detalles este desmayo, se toma y se monta empezando a mirar lo que ha ocurrido.

En esta fase, además que la ocurrencia de estos acontecimientos intensos, hay una serie de cambios significativos. A los fóbicos, a medida que les cambia la imagen del cuidador de referencia, les cambia el significado del peligro: la imagen de la madre. La madre que le construye las muñequitas de barro resulta una madre controladora y menos protectora; o sea el afecto resulta menos protector y cada vez más controlador y por lo tanto cambia la actitud hacia el significado del peligro y de la realidad actual. Se percibe como simultáneo, paralelo, hasta el punto que en esta fase se producen las decisiones más significativas. Mientras que al final de la segunda fase se nota una mejoría sintomatológica consistente, en la tercera fase, la fase evolutiva, la gente empieza a tomar decisiones significativas sobre el trabajo, o sale del contexto familiar, se vuelve a casar, se divorcia, cambia de ciudad. Esta es la tercera fase.

P: *No me extraña que nadie quiera llegar este punto; no merece la pena....*

R: ¡Por supuesto!

6.4 Cuarta fase

La cuarta fase es delicada y agradable, raramente se llega a esta fase siempre por la misma razón. En esta fase, en primer lugar, desde un punto de vista técnico, hay que dejar más espacio al paciente, o sea llevarle a asumir un rol de supervisor, dejar en sus manos la conducción de la terapia. Desde esta óptica la cuarta fase hay que llevarla a cabo recomponiendo todas las partes, o sea realizando un “análisis organizacional” de los temas de vida, de direccionalidad de vida, pero se lleva a cabo dejando el control en manos de los pacientes, especificando y explicitando este aspecto, o sea que esta fase sirve para desarrollar un cambio de relación y de roles recíprocos en la terapia.

6.4.1 La separación

Ocurre frecuentemente que los pacientes comentan el tema de la separación; cuanto más presentan el tema de la separación tanto más significa que han hecho un trabajo significativo en terapia. Cuanto más en la fase evolutiva han tomado significativas decisiones de vida, tanto más presentan el tema de interrumpir o modificar el trabajo con el terapeuta y, a veces, lo comentan de manera explícita: “Estoy contento, la única cosa que me sabe mal es que no podremos vernos tanto como antes”. Por lo tanto hay que prestar mucha atención a este hecho, especificando que no es necesaria una separación brusca... y que, siendo una relación real entre dos personas, “vivientes”, con emociones reales, la relación se modifica solo relativamente a la frecuencia y a los intercambios que ocurren... o sea la relación se queda igual, aunque cambie. El terapeuta posee el material para explicárselo. Este es un

material que ya se ha tratado durante la fase de la historia evolutiva, los niños aprenden que la relación de apego con la mamá se modifica con el crecimiento, en la infancia la relación es muy cercana, pero con el paso del tiempo, aunque se viva lejos, la relación se mantiene igualmente, por ejemplo, llamando o escribiendo cartas.

Conviene dejarle mucha autonomía en gestionar la terapia; hay que especificar que en esta fase la terapia no es como antes, es un método o una relación de auto-observación consigo mismo, que hay que guardar para toda la vida... en este punto se puede utilizar el lenguaje del paciente tal y como él lo utiliza y se le explica que esto significa ser adulto. Ser adulto no significa poseer la sabiduría infusa, sino haber aprendido la manera de regularse, construirse y llegar a entrar en contacto consigo mismo, a entender lo que le daba vueltas por la cabeza durante los últimos meses.

De esta manera se acompaña al paciente en un programa efectivo de desvinculación. Una desvinculación gradual que presenta ritmos que pasan a ser quincenales, cada veintiún días, una vez al mes hasta que la relación se considere bastante estable (y esto se puede permitir incluso durante un tiempo indefinido): se establece una relación en que una persona acude con regularidad cada dos meses, incluso durante los 20 años sucesivos. Si no se tiene mucho espacio laboral libre para recibir este tipo de pacientes, se puede encontrar un día a la semana en que se les recibe a todos ellos, por ejemplo se reciben 10 de estos pacientes que acuden desde hace 20 años. Incluso puede resultar un día laboral agradable en que se hace una charlita, se dan dos consejos, y estas relaciones se pueden mantener durante toda la vida. ¿Por qué se tendrían que desechar? Se ha establecido una complicidad, un código, un conocimiento recíproco. A medida que estos tipos de paciente llegan a ser auto-supervisores, acuden y comentan “¿Esto, esto y lo otro, lo hice bien?”. “Sí perfectamente” y se van; se mantiene todo el sistema.

P: La base segura!

6.4.2 La conciencia

La cuestión es que esto hay que precisarlo mediante unas informaciones, que son típicas y críticas de esta fase. En primer lugar hay que desmontar el entusiasmo acerca de la conciencia. Se explica al paciente que la conciencia no es un bien deseable en sí mismo y que no hay ninguna ventaja en volverse consciente a ultranza y que la ignorancia, incluso, desarrolla una función saludable y que se tendrían que conocer solo las cosas que no se puede evitar conocer; pero que la ignorancia es la única cosa que permite vivir. La ignorancia es fundamental, ya que la mayoría de las cosas que todavía nos podemos permitir son las cosas que no se conocen. Este concepto hay que repetirlo ya que muchos pacientes lo malinterpretan. ¡Incluso lo malinterpretan los terapeutas! Lo malinterpretan afirmando que la conciencia es un bien “por sí mismo” que hay que perseguir “por sí mismo”, de esta manera mortifican a todos los pacientes. Intentemos imaginar una vida que persiguiera este objetivo. ¿Qué pasaría? Por lo tanto, hay que explicarle que la conciencia es una herramienta, pero no es un bien en sí mismo, en cambio, está demostrado que a veces puede ser un mal. Esta explicación (este elogio a la ignorancia efectiva) hay que asociarla a la relativización del conocimiento. Por cada nuevo conocimiento, por cada nuevo nivel al que se llega, se abren nuevos problemas y nuevas fuentes de ignorancia y esto hay que demostrarlo inmediatamente: el nuevo nivel de conocimiento que el paciente adquiere, por ejemplo, una nueva manera de mirar a la madre, al padre, a sí mismo, a la esposa, a la novia, representa un nuevo nivel de

conocimiento que se asocia a una mayor ambigüedad, a una mayor percepción del absurdo de la vida, a una mayor idea de ilegitimidad y que estas segundas sensaciones aunque sean complejas y estresantes, son sensaciones con las que hay que convivir, que la percepción de la ambigüedad, de la inconsistencia, de la idea del absurdo, es una percepción que forma parte de la experiencia humana cuando esta experiencia supera un cierto nivel de autoconciencia. Este es otro modo para demostrar que la conciencia no es una panacea, y por lo tanto no es perseguible por sí misma ya que a cada aumento de la conciencia corresponde un aumento de la ambigüedad: este es un concepto que los pacientes entienden muy bien, ya que muchas veces son ellos quienes lo comentan primero. “Después de haber entendido que mi madre me retenía con las muñequitas, que no me permitía explorar aunque yo pensara que era un gesto de amor por su parte; pero doctor ¿qué es el amor? ¿quién me ha querido?” Esta es la ambigüedad; todos estos temas hay que desarrollarlos, trabajando siempre con la extrañeza. Y por lo tanto con la idea que las percepciones de ambigüedad, absurdidad o “sinsentido” de la vida, aunque sean estresantes, hay que vivirlas como emociones personales, que proporcionan una información sobre sí mismo y no hay que interpretarlas como una enfermedad.

6.4.3 La direccionalidad de vida

Tercer argumento: después de haber llevado a cabo una historia organizacional de los temas de vida, hay que poner en marcha junto con el paciente, que viene una vez cada dos meses, el tema de la direccionalidad ortogenética de significado y sobre esta direccionalidad cuáles podrían ser para él, en un futuro más o menos inmediato, las principales transformaciones de vida que quiere alcanzar.... Es muy fácil, porque ya se conoce muy bien al paciente. Pongamos el caso que se está trabajando con la señora ex anoréxica acerca de los problemas de la hija: “señora, su hija tiene 24 años, y le gustan los chicos; podría pasar que se fuera a casar con alguien que no le guste, incluso podría casarse con un tapicero; y ¿qué podría hacer, si decide casarse con un tapicero?, ¿le decepcionaría?, ¿pensaría que no ha sido buena madre?, ¿se suicidaría?, ¿significaría que tiene una hija tonta?, ¿qué pasaría?”

Hay que trabajar, no sobre el principio de racionalidad o irracionalidad, sino que hay que mostrar que la vida es simplemente un desarrollo problemático y las causas de nuestras crisis ya están dentro de cada uno de nosotros, dentro de nuestros significados personales; o sea, que si se tiene una crisis porque tu hija se casa con un tapicero, el tapicero no tiene nada que ver, sino lo que tiene que ver es el significado personal hacia la vida, qué es para ti la vida, qué es el juicio de los demás, si te miras a ti mismo a través de la mirada de los demás. Hay que utilizar esta direccionalidad como una alerta acerca de las situaciones que resultan críticas dentro del proceso de transformación. ¿Qué significa estar en alerta? No significa que haya que matar a todos los tapiceros; significa que cuando se anticipa que puede pasar algo, hay que prestar particular atención a esto, por ejemplo: “si me molesta mucho el hecho que mi hija tenga este novio, me reconstruyo esta molestia; de lo contrario, si me gusta sigo como si no pasara nada. Me acuerdo del trabajo hecho con el terapeuta durante mis tres años de terapia, y por lo tanto cuando vuelvo a casa por la noche, escribo algo sobre este malestar y estudio un poco la situación”. Esta es la indicación que hay que proporcionar. No se trata de una panacea, no hay una respuesta. “Si mañana tengo este problema con mi hija, esta rumiación, ¿qué hago con esta rumiación? La tomo en cuenta y la estudio. Después de haberla estudiado en base a las dudas que me han surgido, *pero solo después de haberla estudiado,*

eventualmente pido una cita con el doctor. Nunca hay que pedir una visita antes de haberlo estudiado, solo para conseguir que el doctor me dé la respuesta”.

La cuarta fase se articula sobre estos temas; la cuarta fase es obviamente a tiempo indefinido, o sea si un paciente en la cuarta fase vuelve una vez cada dos meses durante diez años, significa que durante diez años se trabajará la cuarta fase.

P: *Por lo tanto la conclusión de la terapia corresponde a lo que Bateson²⁹ llama un cambio de segundo nivel.*

R: Sí, lo que siempre ocurre, pero ya desde el inicio, incluso desde la primera sesión, en primera fase, cuando se trabaja con la reformulación del problema; si el paciente no fuera capaz de “aprender a reaprender”, o sea si no entiende la reformulación, simplemente se cambia el nivel, se desplaza el nivel en que esto ocurre. Por lo tanto, la cuarta fase puede ser a tiempo indefinido. Yo tengo pacientes que se quedan en la cuarta fase diez años.

TERCERA PARTE

Presentación tercera parte

En esta última parte se profundizan y se desarrollan las temáticas acerca de los dos repertorios principales, la agresividad y la historia afectiva (segunda fase de la terapia), y sobre la reconstrucción de la historia de desarrollo (tercera fase de la psicoterapia).

Como ya hemos visto en la segunda parte, Guidano delinea 4 fases de la psicoterapia: la primera es la fase de reformulación del problema, la segunda es la fase de reconstrucción de los repertorios comportamentales que se divide en dos partes, la agresividad y la historia afectiva, la tercera es la fase de análisis de la historia de desarrollo y la cuarta es la fase de análisis de los “temas de vida”. Ya hemos presentado las modalidades de intervención de la primera fase, tanto en el capítulo específico de la segunda parte, como en la primera parte, en el capítulo 3 sobre el assessment, sobre todo en el párrafo 3.1 (la reformulación del problema) y en el párrafo 4.1 (principios generales de estrategia). Las modalidades de intervenciones de la cuarta fase (conclusiva) se han tratado en la segunda parte del libro, párrafo 6.4 (cuarta fase).

Aquí, en cambio, Guidano, plantea cómo se reconstruyen los dos repertorios principales del desarrollo de la psicoterapia: el repertorio de la agresividad y de la historia sentimental/afectiva, y cómo se lleva a cabo la reconstrucción de la historia de desarrollo. Estas clases no son repeticiones de los argumentos ya tratados en la segunda parte del texto, sino una explicación detallada de las modalidades técnicas de conducción de la terapia, y sobre todo, una explicación epistemológica evolutiva post racionalista sobre las modalidades de funcionamiento de las interacciones humanas dentro de las tres áreas consideradas. Estos argumentos se pueden considerar como un explícito intento “etológico-antropológico” de reflexión sobre la experiencia humana desde una perspectiva post-moderna. Estos temas se han tratado en noviembre del 1986 (agresividad), abril del 1987 (afectividad) y abril-mayo 1998 (historia de desarrollo). En la formación para cada área, se incluyen las entrevistas que los alumnos realizan entre ellos sobre las distintas áreas de vida. De hecho el aspecto fundamental de la formación post-racionalista es el análisis llevado a cabo por los alumnos acerca del propio material personal sobre las áreas de experiencia que luego irán explorando con los clientes-pacientes.

Vittorio Guidano conduce la supervisión del grupo “en directo”. Entre los alumnos se crean parejas de terapeutas que se entrevistan uno con el otro sobre las tres áreas, manteniendo siempre las mismas parejas, de manera que cada uno pueda participar como entrevistador y entrevistado. La secuencia de las entrevistas sigue las modalidades temporales de la psicoterapia, se empieza con el repertorio de la agresividad (sesión de una hora de duración), luego se pasa al repertorio de la afectividad (dos sesiones) y se termina con la historia de desarrollo (dos sesiones). Al finalizar cada entrevista se realiza una discusión entre el supervisor y los alumnos. He transcrito un ejemplo de entrevista sobre el primer ámbito de repertorio, la agresividad, que representa la primera entrevista que los alumnos se hicieron durante la formación.

REPERTORIOS AGRESIVIDAD, AFECTIVIDAD Y RECONSTRUCCION DE LA HISTORIA DE DESARROLLO

7 EL REPERTORIO “AGRESIVIDAD”

7.1 Modalidades de conducción de la entrevista

El esquema de exploración y las etapas de reconstrucción del repertorio de la agresividad, se realizan utilizando las modalidades típicas de la óptica comportamental clásica, o sea privilegiar la observación y la reconstrucción de los hechos. Pero, desde nuestra óptica, a diferencia de cuanto ocurre en la óptica cognitivo-conductual, los comportamientos no se estudian “por sí mismos”, sino que se consideran como la expresión del conocimiento del sí mismo y del mundo propio de la persona. Por lo tanto es obvio que no es suficiente saber lo que “hace” una persona; lo que importa es llegar a entender, a partir de lo que hace una persona, “cómo se construye esta persona” y como “construye a los demás”. Las etapas consisten en definir como la persona construye la agresividad, las modalidades de reacciones agresivas, y la definición de los antecedentes clásicos: las situaciones, las personas y las circunstancias que provocan las reacciones agresivas. Se intenta entrenar a la persona a desarrollar una actitud, no más bien descriptiva, sino una actitud que le lleve a reconstruir su conocimiento del mundo y el significado que atribuye a estas situaciones. Si una persona, por ejemplo, describe siete situaciones en apariencia diferentes, la actitud del terapeuta es buscar una invariable común que interconecte esta aparente diversidad “contingente”. Se explora si estas situaciones aparentemente diferentes, por ejemplo, las áreas sociales, del trabajo, se asocian a una sensibilidad al juicio o una sensibilidad a las pérdidas, a los rechazos. Si existe un elemento común entre ellas. El elemento común, en términos cognitivos, es *la invariante de significado*.

Luego se exploran las consecuencias: un vez ocurrida la situación “x”, la persona se enfada de la manera que se acaba de describir, ¿Cuáles son las consecuencias? Se evalúan las consecuencias sociales, como los acontecimientos comportamentales, aunque las consecuencias más significativas son las consecuencias personales, o sea la reconstrucción del sentido de sí mismo de la persona, antes, durante (cuando se enfada) y luego (cuando el día sucesivo o la semana siguiente al acontecimiento “X” lo vuelve a pensar) .

Lo que cambia en nuestra óptica (es difícil explicarlo y es más fácil hacerlo y luego comentarlo) es considerar las secuencias comportamentales no como significativas en sí mismas, como ocurría en el pasado, sino como una expresión motórica, y por lo tanto asociada a las emociones, y a las cosas que la persona “no conoce” de sí misma y del mundo. La óptica de un terapeuta cognitivo es reconstruir un mapa de cómo la persona construye el mundo y el sí mismo, ya que es sobre esto que se interviene.

Hay que prestar mucha atención al explorar cómo el paciente se da cuenta, lo que puede explicar, o sea hasta qué punto puede proporcionar unas teorías coherentes y exhaustivas de lo que hace. Esto indica lo que la persona consigue contar acerca de sí misma.

Dicho esto se lleva a cabo el estilo agresivo como si fuera una primera entrevista: se toma el problema traído por el paciente, o sea la persona define un problema, por ejemplo, qué es la agresividad para él, se articula esta definición, siempre en la óptica de explicitar las explicaciones que la persona ofrece. Esto se lleva a cabo preguntando a la persona una

definición de sí misma asociada a la agresividad: cómo esta persona se construye en función de la agresividad, cómo cree que es; se empieza a articular la definición que la persona proporciona en base a todos los ámbitos de vida. Se intenta sacar, a partir de un nivel de explicación, cómo la persona vive la manera de ser con la que se ha definido, a qué experiencia de sí mismo se asocia. Antes, durante y luego que la agresividad se ha puesto en marcha o no se ha puesto en marcha, se explora lo que la persona siente y cuál es el sentido de sí misma.

Una vez explorado esto, se explora si la persona cree que existe una diferencia, en la manera de expresar o sentir la agresividad, hacia las personas significativas o no significativas. Por último se pregunta por dos ejemplos, en progresión: un primer ejemplo en un ámbito de experiencia significativo acerca de las relaciones sociales, de trabajo o amistad. Y luego, un acontecimiento relativo al área afectiva, una situación afectiva esencial o de base para la persona, no un afecto marginal; el terapeuta pregunta por dos acontecimientos ejemplificativos de la definición expresada hasta este momento. En este punto los ejemplos se descomponen en las relativas secuencias de escenas, se pide a la persona que “proyecte las escenas en una pantalla” y se empieza a proceder en moviola, a reconstruir el tipo de experiencias inmediatas. Lo que sentía, los escenarios imaginarios que se había planteado, el sentido de sí mismo que tenía, prestando mucha atención *a distinguir el porqué del cómo*. El intento terapéutico de reconstruir la experiencia inmediata siempre se asocia a una pregunta que tiene que ver con el “cómo”: cómo se siente, qué efecto le hacía sentirse de esta manera... ¡luego no queda más que hacerlo! (se refiere a la propuesta inmediata de hacerlo *in vivo*)

Estos son los principios de carácter general. Pero la cosa mejor es mirarlo en la práctica, en el cómo se hace: haremos una sesión de una hora, después imaginaremos que la sesión ha finalizado, como si hubiéramos mirado un video. El entrevistado no podrá intervenir sobre sí mismo para proporcionar ulteriores aclaraciones (definiremos las reglas de base que todos tienen que respetar), pero podrá intervenir sobre sí mismo como un observador externo, como si estuviera comentando el video que acabamos de mirar.

Se llevará a cabo distinguiendo dos modalidades de razonamiento: en primer lugar, *la relación*, o sea la manera de trabajar con la relación terapéutica, las técnicas de exploración, como se han formulado las preguntas, los problemas de directividad o no directividad, cómo se han reconstruido los contextos, etc., en segundo lugar *los contenidos* puestos de manifiesto: los datos acerca de cómo gestiona la agresividad, llevaremos a cabo una hipótesis organizacional sobre él, qué tipo de organización ostenta, analizaremos los componentes organizacionales; iremos viendo qué es lo que se tendría que hacer en una primera sesión, para orientarse sobre el tipo de relación que hay que establecer con aquella persona y qué tipo de programa se puede plantear.

7.2 “Estilo” agresivo, “estilo afectivo”, “estilo de evitación”

P: *Has dicho que haremos la reconstrucción del estilo agresivo, pero ¿cuáles serían los otros estilos?*

R: Todo se puede considerar como un estilo. Estilo tiene que ver con una coherencia interna que corresponde al significado general de la persona. Por estilo afectivo, por ejemplo, se entiende cómo una persona crea, mantiene y rompe las relaciones. Esto se puede ver también a través del estilo cognitivo, por ejemplo, cómo una persona aprende. Qué es para

una persona el descubrimiento y la novedad, si aprende a través de la similitud o a través de una búsqueda de discrepancia; el estilo siempre es algo que tiene una coherencia y una referencia a un significado.

P: *Esquemáticamente serían el estilo agresivo, cognitivo, afectivo... ¿qué más?*

R: Seguramente no son infinitos, pero se puede estudiar cualquier cosa que sea clasificable frente una observación llevada a cabo por un observador que busca las diferencias. Un ejemplo: se puede reconstruir el *estilo de evitativo* de una persona, pero esto conviene llevarlo a cabo un vez que se han reconstruido la estructura de vida de esta persona, el estilo agresivo y el estilo afectivo. Hecho esto se pueden entender mejor las áreas de realidad que la persona evita. Todo se puede considerar de esta manera, hay que tener un significado y una estructura de vida para explorar los estilos correspondientes.

Este trabajo implica una reconstrucción del comportamiento agresivo durante la fase de vida actual. Se ha elegido la agresividad porque da significativas informaciones más inmediatas acerca de la interconexión que hay con la afectividad. La agresividad da una información de mayor relevancia que permite empezar a plantear las primeras hipótesis acerca de la organización de la persona. Se empieza a reconstruir una primera mini-fotografía para identificar las áreas de exploración.

7.3 Distinguir la agresividad de la rabia

Cuando se lleva a cabo este trabajo hay que tomar en cuenta la distinción entre la agresividad y la rabia. La agresividad es una actitud, es un comportamiento orientado a perjudicar, dañar o herir a otro. Es decir que no hay una correlación unívoca entre el comportamiento agresivo y la experiencia de rabia. La rabia, dentro de la gama emocional humana, se considera como la emoción principal de la que dependen las actitudes agresivas, pero no es la única emoción que puede desencadenar un comportamiento agresivo. En primer lugar, dentro de las tonalidades de la rabia, existen diferentes graduaciones que aparecen inmediatamente; por ejemplo: un niño de pocos meses de vida con una separación precoz de la madre, expresa reacciones de protesta, etc. A veces hay comportamientos agresivos que, desde el punto de vista de un observador externo o de quien los recibe, se expresan sin que se puedan reconstruir reacciones de rabia evidentes en la persona. Por ejemplo: el comportamiento agresivo de los DAP es una acusación externa, una reivindicación, una culpabilidad. El máximo de la rabia que los DAP pueden asumir es una reacción de “protesta”. La rabia es una emoción específica, genéticamente determinada, y es una de las emociones que presentan las más fuertes activaciones biológicas. La rabia proporciona una activación neurovegetativa que es imposible no sentir, de hecho los niños depresivos, por lo general, son niños “evitativos” por este motivo. La única manera para que puedan controlar la reacción de rabia es la presencia de un híper-tono muscular, de inmovilización.

La rabia presenta contenidos específicos. Muestra una alta activación, comparable a las emociones, que presentan un elevado componente biológico: hambre, sed, sexualidad. Las personas que están teniendo un ataque de ira, sienten la energía y esto les da un aspecto de exaltación que se encuentra muy frecuentemente en los depresivos. Siempre se manifiesta un contenido evidente, que es propiamente un intento de perjudicar a otra persona porque sí. La cuestión principal es “porque sí”, perjudicar por perjudicar. No perjudicar para obtener un cambio, para obtener “algo más”, o para que el otro cambie, sino perjudicarlo por perjudicarlo!. Se asocia a escenarios donde esto se desencadena, no se asocia solo a

escenarios de violencia física, sino a la búsqueda atenta de lo que hay que utilizar para perjudicar con eficacia a otra persona; hay una idea de anulación del otro.

Generalmente se asocia a una fuerte activación. Es muy difícil detenerse, porque esto significaría ser “atrapados”. O como hacen los DEP, abandonar repentinamente la situación.

Por lo tanto es muy importante captar esta distinción porque no siempre queda clara. Los obsesivos, por ejemplo, son muy agresivos, pero solo raramente son conscientes subjetivamente de la rabia, aunque llegan a tener brotes de ira incontrolables. Son agresivos en la medida en que son torturadores constantes, siempre critican lo que se hace, cómo se hace, y en la mayor parte de los casos, lo hacen con una intención dañina que suscita emociones de rabia en los demás. Por lo tanto, hay que tomar en cuenta esta distinción: la agresividad es una actitud y las actitudes son distintas de los estados internos.

7.4 Entrevista sobre la agresividad

A continuación se presenta un ejemplo de conducción de la entrevista sobre el repertorio de la “agresividad”, realizada por un co-formador (C) a otro alumno (A). Agradecemos a los dos alumnos el consentimiento a la publicación de la entrevista en su forma integral. Solo se han cambiado los nombres y algunos datos irrelevantes para la comprensión del texto.

C.: Fabricio, ¿Te consideras una persona agresiva?

A.: Diría que desde hace poco empiezo a considerarme una persona agresiva, ya que antes nunca me consideraba como una persona agresiva.

C.: Uhm... ¿Desde cuándo te consideras agresivo?

A.: Es difícil encontrar una fecha exacta de inicio; durante los últimos 3 o 4 años, he empezado a notar más esta agresividad. No es que exista una fecha, ya me lo había planteado anteriormente, solo que siempre me había considerado una persona poco agresiva, incluso para nada agresiva. Es decir que he empezado poco a poco a notar esta agresividad, aunque todavía no tengo muy claro hasta qué punto soy agresivo.

C.: Aunque no te quede muy claro ¿podrías definir que es para ti la agresividad?

A.: Uhm... es la primera vez que lo pienso en términos tan directos. La cosa más inmediata y primitiva en que identifico la agresividad es una situación en que alguien comete una injusticia o abusa de mí; la agresividad es una reacción a esto.

C.: Por lo tanto la agresividad es un abuso, alguien que abusa de ti. Esta es la definición de agresividad en tu opinión.

A.: “Sobre todo” hacia mí, porque la siento también cuando alguien comete una injusticia que no me afecta; de todas formas ahora estamos hablando de mí.

C.: Entiendo, entonces es decir que por lo general es una reacción a un abuso. ¿En que consiste esta reacción? ¿Cómo es esta reacción?

A.: Creo que la primera cosa que me pasa es una especie de aniquilamiento, como quedarme inmovilizado, inmóvil físicamente y sentirme bloqueado. Esta es la primera cosa que me pasa, durante algunos segundos, me quedo allí como si fuera una estatua de mármol; luego empiezo a elaborarla, en general a nivel motórico, a nivel físico no tengo reacciones; no soy una persona impulsiva, que reacciona muy físicamente, por lo menos a un primer nivel no creo ser así. Intento explicarme lo que me está ocurriendo, intento entender la situación y entender cómo puedo responder a esta cosa.

C.: Por lo tanto, a nivel de reacción, te sientes bloqueado, luego mentalizas, o sea

intentas entender lo que está ocurriendo e intentas entender lo que puedes hacer; luego ¿qué haces? ¿Haces algo en concreto? ¿Tienes una actividad motórica que sigue a esta reacción?

A.: Cuando decía que empiezo a notar más la rabia, era para decir que durante los últimos años respondo más a un nivel emocional y también respondo a la “provocación”.

Guidano: *En este punto hay que intentar distinguir entre una serie de datos, pero al distinguirlos, se debe llegar a que lo pueda distinguir él; es él que debe tener claros estos datos, para localizarlos interiormente y responderte. “Sentir agresividad” representa una serie de datos que se diferencian de “expresarlos”. Es muy frecuente que sentir y expresar se asocien como si fueran la misma cosa. La primera serie de datos es cómo siente la agresividad, los criterios internos, cómo se da cuenta, cómo es esta agresividad, le aparece la rabia, ve una imagen que le afecta, que no le afecta. La segunda serie de datos es lo que se expresa, el proceso que regula la expresión o la no expresión. Pero esta distinción además que quedar clara al terapeuta tiene que quedar clara al paciente, de lo contrario nunca la entiende. Una vez planteada esta distinción se empieza a plantear la otra. Después que se ha explorado como él siente y expresa la agresividad, se empieza a explorar las diferencias con respecto a las personas significativas y no significativas, echando un vistazo rápido a sus criterios de significatividad; luego se toman dos acontecimientos paradigmáticos, uno significativo y uno no significativo. Pero hay que poner en evidencia esta distinción entre el sentir y el expresar; de esta manera se empiezan a ver las cosas: si lo que siente se lo guarda para él, hacia dónde dirige la agresividad, cuáles son las situaciones que permiten su expresión, cuáles son las señales externas que permiten la expresión.*

A.: Fabricio, vamos a ver la primera parte de la reacción; me comentabas que tu definición de la agresividad es una reacción a un abuso; la primera parte de esta reacción consiste en sentirte bloqueado durante algunos segundos. ¿Me podrías comentar qué pasa durante “estos segundos” en que te notas “bloqueado”? Pero, antes ¿qué significa bloqueado?

A.: Sentirse bloqueado significa. ..., no sé, creo que el miedo hacia la reacción instintiva pura y simple; o sea el intento de no dejarme llevar por la reacción emocional, y por lo tanto intentar controlar una respuesta que podría provocar consecuencias negativas. Pero esta ya es una racionalización, no lo sé, creo que es una cosa instintiva.

Guidano: *La pregunta es demasiado directa. Hay que intentar llevarle, como si se intentara enseñarle un método de razonamiento y la cuestión es cómo hacer para que pueda llegar a entenderlo. Empieza a comentar que se bloquea y luego empieza a darse explicaciones sobre lo que ocurre y se da cuenta que últimamente reacciona más, etc. Entonces se empieza desde este punto. “En esta última época te has dado cuenta que respondes con más rabia y que antes de responder hay un momento en que la sientes...” Se realizan los pasajes como cuando se atraviesa un río Por ejemplos: cuando llegas a decirle a alguien: “¡Cabrón!”. Evidentemente esta es una reacción de rabia; antes de manifestarla, la sientes, entonces se empieza a hacer “marcha atrás” y se empieza a explorar esta escena... ¿Cuándo empiezas a sentir la rabia? ¿En qué momento notas en esta escena el bloqueo, la anulación?... ¿Cuándo empiezas a sentir el tipo de rabia, qué te llevará a responder concretamente? etc. Se le lleva hacia atrás; de esta manera se le proporciona una línea de trabajo. Es como si se le proporcionara un soporte al que agarrarse.*

De esta manera empieza a ver el momento en que se produce. Con las preguntas directas se ve obligado a contestar causalmente, como: “Será por este motivo o será por el otro, es

como si le faltara un apoyo. Tenemos la escena, pero antes de expresarla tendrá que sentirla, se empieza a organizar esta secuencia desde el interior: invalidación, bloqueo, trabajo mental, y luego expresión motórica. Hay que explorar cuándo empieza a notar la agresividad, y a partir de qué. Luego exploraremos qué procesos intervienen entre sentirla y expresarla.

C.: Fabricio, cuando expresas esta agresividad, ¿la expresas haciendo algo mediante una actividad motórica, por ejemplo, a través de un gesto, una acción o una palabra? En el momento anterior a expresarla, ¿sientes esta agresividad? ¿Podrías explicarme un poco cómo funciona esta primera parte de la reacción agresiva?

A.: Creo que puedo ponerte un ejemplo de algo que me está ocurriendo actualmente. Es un ejemplo de un acontecimiento recién ocurrido en el trabajo: en el hospital hay unos pacientes psiquiátricos internados en un departamento distinto al nuestro, de medicina general. Estos pacientes están internados allí desde hace mucho tiempo, obviamente este hecho crea muchos problemas; por este motivo se había creado una situación de tensión; Durante el último periodo, cuando iba a visitar a los pacientes psiquiátricos, internados en este departamento, me encontraba al médico de este departamento que me atacaba comentando: “Hay que dar de alta a estos pacientes, hace demasiado tiempo que están aquí, molestan”. Esta escena se repetía bastante a menudo. Entonces, me acuerdo bien la situación en que lo vuelvo a encontrar y pienso: “¡Ya estamos, otra vez!”, ya sabía lo que me iba a decir, y por lo tanto ya estaba sensible a ello. Este día me agredió de manera muy violenta frente a todo el equipo de médicos, y al mío; la situación consistía en 15 personas en un pasillo. Mi reacción ha sido: este tipo me está agrediendo y lo que hago durante los primeros tres segundos es bloquearme y él me grita: “¡Basta, hay que dar de alta a estos pacientes!”. Y yo empiezo a percibir esta rabia, la siento y me digo “Tengo que encontrar una respuesta” y....

C.: Perdona ¿cómo es esta rabia que sientes?

A.: La siento a partir de esta parálisis, esta inmovilización, éste es el efecto que siento, ahora soy consciente de que me ocurre esto. A los 4 segundos, me organizo mentalmente la respuesta y me digo, vale, ahora le voy a contestar sin alterarme, sin utilizar un tono de voz ni más alto ni más bajo, defendiendo mi posición; por lo tanto le comento: “Lo siento, pero ya sabes que estos pacientes, todo el mundo lo sabe, tienen que quedarse aquí, son órdenes”. Él reaccionaba subiendo el tono de voz aún más. Esta vez es diferente a otras, ya que, normalmente, utilizo más la broma, comentándole: “Sí, ya verás, en unos días, no te preocupes”. Contestaba de esta manera. Esta vez, en cambio, me había tocado, y pensé “¡Basta, estos paciente tienen que estar aquí y punto!”. Siempre con el mismo tono de voz hasta que él empezó a subirlo, se puso casi a gritar, y yo le contesté poniéndome a su nivel, defendiendo mi posición.

C.: O sea que ¿tú también te pusiste a gritar?

A.: Sí, me puse a gritar, hasta que él dejó de hacerlo. Lo hice porque las cosas seguían así; estaban degenerando. Yo no estaba dispuesto a retractarme y por lo tanto él llegó a amenazarme “Lo comunicaré al director sanitario!”, y yo: “Vale, ya veremos ...”, dije algo así. Este es el hecho...

C.: Después de este acontecimiento. ¿Cómo te has sentido?

A.: Me he sentido libre, mucho mejor de cuando no contesto, o de cuando contesto de otra manera, cuando evito que la situación degenerare. O sea, cuando intento calmar las aguas; en estos casos es como si gestionara mi rabia a través de la ironía, intentando minimizar, pero la verdad es que no expreso la rabia.

C.: A ver, ¿qué hizo exactamente este médico para que se te desencadenara la...

A.: Mira, es lo que te decía antes... sabía que él estaba abusando de mí, porque yo tengo derecho a internar los pacientes, según la ley tengo este derecho, no es algo que hago aposta para fastidiarle, y él lo sabe...

Guidano: *(sugiere) donde por abuso el quiere decir.....*

C.: Si, esto quería preguntarle, ¿qué quiere decir, qué es un abuso?

A.: Un abuso es cuando sufro una injusticia por parte de alguien... o sea cuando alguien intenta quitarme algo, quitarme un derecho que me pertenece, algo que se me tendría que reconocer, que es mío...

C.: ¿Quién es él que te quita un derecho que te pertenece?

A.: ¡Es un usurpador! ¿Quién es él que me quita el derecho? ¡Es un hijo de puta! Esto me hace pensar en cosas de la infancia, cuando me ocurría, quiero decir cuando me ocurría con mis padres.

Guidano: *Lo que interesa, siempre acerca del tema de la agresividad, es explorar los acontecimientos en que no la expresa, cómo es que no la expresa, qué es lo que le impide expresarla, para luego explorar la diferencia significativo - no significativo y los acontecimientos correspondientes, empezando por el significativo y luego el no significativo. En este caso el no significativo ya lo tienes.*

C.: Fabricio, me decías que hay veces en que me comentabas, por ejemplo, de otros acontecimientos análogos a estos en que no conseguías expresar esta rabia; me has dicho brevemente que aquellas veces en que no conseguías expresar la rabia te sentías peor ¿me podrías contar que significa sentirse peor y que ocurría en estos casos?

A.: Hay una situación análoga, siempre en un contexto de trabajo. Me acuerdo de un vez en que, siempre a causa del mismo problema, o sea de los pacientes internados en este departamento y de los médicos que se molestan por esto. Fui a visitar al director sanitario para preguntarle una cosa, no me acuerdo qué, y la primera cosa que me dijo fue: “¡Basta de tocar las narices...”. No me esperaba que me dijera algo así; y empecé a sentir la misma parálisis. Ocurrió hace tres años y me quedé allí sin decir nada; le miré como para decirle: “¿Qué me estas contando?”. Lo miré muy intensamente durante 5 segundos, y luego me fui sin decir nada y pensé: “Por lo menos le puse mala cara”. En este momento pensé que era una respuesta adecuada a la situación ya que no hubiera podido hacer otra cosa, pero luego pensé: “Vaya, me ha humillado, hubiera tenido que encontrar otro sistema, pero no lo he conseguido...”

C.: Pero mientras él te decía: “Vete a tomar por... ¿cómo te sentías?

A.: Sentía esta sensación de abuso que se asocia con algo que tiene que ver con el abandono.

Guidano: *Esto es importante, focalízate en esto, explora las conexiones.*

A.: O sea que esta persona no se entera de nada, no entiende lo que le estoy aportando, no entiende quién soy... Y entonces es un sentimiento de abandono, de desprecio, de no ser reconocido, casi de no existencia ...

C.: Entonces, el director te dice: “Vete a tomar por...” y tú te quedas allí... ¿qué imágenes te venían a la cabeza, mientras él te estaba insultando?

A.: La imagen es “¡otra vez!”. Es decir que se vuelve a desencadenar este mecanismo que me provoca una reacción de exclusión, y por lo tanto me pregunto ¿será que he hecho algo, que me he equivocado, o puede ser que él es un hijo de puta y yo no he hecho nada? Estas son las dudas que tengo, las imágenes, los pensamientos...

C.: Entonces te insulta y tú te cuestionas si el hijo de puta es él o si eres tú que lo has hecho mal. Me has hablado de abandono, ¿qué querías decir? ¿qué es el abandono para ti en esta situación?

A.: O sea, es el no entender mis necesidades, las mías, las cosas que apporto, mi posición, mi existir. ¡Jolín! Yo voy para hablarte de algo que, en función de tu rol (director sanitario), tienes la responsabilidad de afrontar y ni siquiera me dejas hablar, me insultas en seguida, ni siquiera me preguntas lo que quiero decirte, eso no es normal.

C.: El sentimiento de abandono equivaldría a un sentimiento de no existencia.

A.: Sí, sí, eso.

C.: Entonces esté te insulta... tu empiezas a pensar en esta cosa, tienes esta sensación de abandono, como la llamas tu, y luego ¿qué ocurre? Me parece que has dicho que no haces nada, que le pones mala cara, lo miras mal...

A.: Sí, la única cosa que he conseguido hacer en aquel momento.

C.: En tu opinión ¿por qué le miraste mal?

Guidano: *Pregúntale por la discrepancia entre lo que sentía y lo que hacía. Él te lo dice: "La única cosa que he conseguido hacer..." Entonces explora qué quiere decir con esto, el significado de esto...*

C.: Me has dicho que conseguiste solo mirarle mal. En primer lugar, ¿por qué lo miraste mal?

A.: Solo porque no hubiera podido darle un puñetazo, si no le hubiera dado un puñetazo.

C.: ¿Porque no hubieras podido darle un puñetazo?

A.: ¡Porque es el director sanitario!

C.: ¿Crees que mirarle mal es lo máximo que se podía hacer?

A.: Sí en este momento era lo máximo, por cómo era yo en aquel momento; ahora creo que le habría hecho algo más. Pero en aquel momento era lo máximo que podía hacer.

C.: Ahora piensa en esta situación, piénsala desde la óptica actual... ¿Qué hubieras podido hacer? ¿Qué le hubieras querido hacer, ahora?

A.: Uhm... no hubiera podido contestarle a su mismo nivel, pero hubiera podido minimizar la situación, por ejemplo, anular la situación comentando: "Bueno, lo que dices es un tontería... es una broma... ahora empezamos a hablar seriamente". Hubiera podido contestar de esta manera.

C.: No entiendo bien lo que hubieras hecho en concreto.

A.: Si, habría dicho: "bueno, ya sé que estoy molestando... tengo este rol institucional..."; o sea, habría hecho una broma para minimizar la situación. Otra cosa que hubiera podido hacer es contestar con el mismo tono, pero esto me habría creado muchos problemas. Hoy por hoy, si pasara algo parecido, probablemente me portaría de manera más activa. O sea, que utilizando una u otra respuesta encontraría la manera para expresar algo, creo.

C.: Mira esta escena desde afuera, ponte afuera de esta escena, repasa tus reacciones posibles, aquella que tuviste y aquella que hubieras querido tener y que puede ser que hoy por hoy tendrías, y llevarías a cabo. Explícame la primera escena, tú que has sido insultado por este director y no has hecho nada, le has mirado mal etc., en tu opinión, una persona que ha sido insultada de esta manera por parte de otra persona que le manda a tomar por..., etc. Y le mira mal, no contesta y se va. ¿Cómo es una persona que se porta de esta manera?

A.: Pues es una persona que se toma demasiado en serio estas cosas, ¿por qué me lo tengo que tomar mal?, estas cosas en el mundo del trabajo están al orden del día, quien tiene el poder se aprovecha de los demás, es algo normal.

C.: Y una persona que se lo toma mal por esto, ¿qué tipo de persona es?

A.: Es una persona demasiado sensible a ser tratada bien, o sea a ser reconocida, ser aceptada. Me saldría decir: “¡Qué tonto he sido! Me lo he tomado demasiado en serio...”

Guidano: *Explora “la sensación que tuvo después de este acontecimiento”; mientras con el otro médico había hecho la escalada simétrica y se sentía bien, aquí ¿qué siente? ¿cómo era este sentirse mal?*

C.: ¿Cómo era este sentirse mal? O sea, cuando dices que una vez salido de allí te sentías mal.

A.: Esta reacción no es una reacción de desesperación, porque tampoco no me había comprometido mucho en esta cosa, pero es una sensación de soledad, de vuelta a mi madriguera; en aquel momento me fui a contar lo que me había ocurrido a mis otros colegas: ¡ved lo que está pasando! Fui a buscar solidaridad por parte de mis otros colegas, aunque supiera que él ya me había pringado, y que no se podía cambiar nada.

C.: No entiendo bien qué quieres decir con “me había pringado”.

A.: Me estaba tomando el pelo, es decir que quien hace este trabajo debe prever estas situaciones y gestionarlas sin que lleguen a ser un problema. O sea prever que, por lo menos una vez al día, ocurren cosas parecidas, porque son inevitables y por lo tanto se puede plantear un esquema de respuesta que te permita no involucrarte demasiado y asumir una cierta distancia que no te haga sentir demasiado mal.

C.: Entonces en concreto, este sentirte mal tiene dos facetas. La soledad que intentas vencer buscando la solidaridad de los demás y esta sensación que te han tomado el pelo. Una persona que ha sido burlada, según tú ¿qué clase de persona es? Si tuviera que construirte la escena, imagina una escena como la tuya, como si estuviera mirando una película y ves que al protagonista le toman el pelo de esta manera, como a ti... ¿qué tipo de persona es este protagonista que no ha sido capaz de prever lo que le hubiera podido ocurrir y esto le ha hecho sufrir?

A.: Pues, no sé, una persona demasiado sentimental, tal vez, demasiado...

C.: ¿Qué quieres decir con sentimental?

A.: Demasiado sensible desde el punto de vista emocional y demasiado sensible a este tema de sentirse solo, abandonado...

C.: (Dirigiéndose a Guidano) No he entendido bien una cosa. Este tema podríamos explorarlo con una figura “significativa”. Aquí no entiendo bien este hecho de la soledad y del abandono.

Guidano: *Bien! El resto de la sesión lo focalizas sobre la figura significativa.*

C.: ¡Entonces! Me podrías poner un ejemplo de un acontecimiento de agresividad con una persona significativa, una pareja, un amigo, el que quieras.

A.: En primer lugar con una persona significativa la sensación es completamente diferente. La diferencia es que en esta persona se puede confiar mucho, o sea que para mí una persona significativa es un persona en quien puedo confiar, y por lo tanto no pueden ocurrir estas situaciones de sentirme burlado o sentirme solo y abandonado. Entonces en base a esto la agresividad con personas significativas la vivo tranquilamente, sé que puedo expresarla. Con respecto a personas no significativas o situaciones sociales en general, la veo más como

una respuesta a un abuso, mientras que con una persona significativa la veo más como algo mío que no responde necesariamente a un abuso, incluso puede ser una manera de “atacar” a una persona.

C.: Entonces hay dos tipos de agresividad diferentes: una con las personas no significativas que sería una reacción a un abuso, y luego hay la agresividad con las personas significativas... ¿Cómo es esta agresividad?

A.: En general es una modalidad de atacar a otra persona de dos maneras: una manera más “positiva” para criticarla, cuestionarla con respecto a algunas cosas que hace y que no me gustan. La segunda manera es más negativa, y aquí volvemos al tema de la injusticia o del abuso que percibo por parte de esta persona. Desde esta segunda óptica creo que tengo más dificultad en identificar la rabia. Muchas veces me doy cuenta de haber tenido reacciones de rabia sin darme cuenta, me lo hace notar la persona significativa comentándome: “¿Pero qué estás haciendo? ¿Te das cuenta que lo que haces o dices me está haciendo sufrir?” Y yo: “No, no me había dado cuenta”

C.: ¿Me podrías poner un ejemplo de un acontecimiento con una persona significativa? Así puedo entender mejor cómo es tu modalidad agresiva con una persona significativa.

Guidano: *Si es posible un acontecimiento que ejemplifique estas dos formas de agresividad: como modalidad expresiva para atacar o para redirigir el comportamiento de otra persona y la otra modalidad que es más una reacción a algo que él percibe como un “abuso” por parte de otra persona; es oportuno tener en cuenta los dos aspectos ya que son muy interesantes...*

A.: El primer tipo, por ejemplo, es cuando... me vienen a la cabeza ejemplos de situaciones en que estoy con amigos y empiezo a criticar una persona irónicamente, utilizando mucha ironía, haciendo bromas.

C.: El primer tipo, por lo tanto, no es una reacción a un abuso, sino una “modalidad expresiva” personal. ¿Podrías poner un ejemplo de esto?

A.: Esto es más difícil porque pienso que es una actitud mía, por ejemplo, dirigida hacia mi mujer, mis amigos, los demás, etc. Es una constante actitud irónica; en este momento no encuentro un acontecimiento significativo...

C.: Si no te vienen a la memoria pasamos al otro, tal vez volvamos a comentarlo luego, pasamos a la otra modalidad, la reacción al abuso...

A.: Pues, no sé, por ejemplo...

C.: Un ejemplo de agresividad con una persona significativa

A.: O sea el problema es éste, lo que decía antes... con personas significativas no me doy cuenta fácilmente que soy agresivo. Es decir que muchas veces soy agresivo y noto esta agresividad a través de la reacción del otro, o sea es otra persona significativa quien me hace notar que soy agresivo. Es algo que ocurre muy a menudo con mi mujer, cuando le comento algo y esto le provoca reacciones emocionales que yo no me espero y en este punto le pregunto: “¿qué te he molestado?, ¿qué te he hecho daño?”. Son acontecimientos de este tipo. Hay también acontecimientos directos en que me doy cuenta que utilizo la agresividad, y me refiero a cuando discutimos y aquí me queda claro que soy agresivo, pero lo que más me hace pensar son aquellos acontecimientos en que utilizo la ironía, le tomo el pelo para algunas cosas tuyas, algunas actitudes, algunas características de comportamiento etc., hasta que, viendo sus reacciones, llego a darme cuenta que le estoy haciendo daño.

C.: A ver, por lo tanto en estas situaciones estas utilizando la ironía; mientras utilizas

la ironía, ¿te consideras una persona agresiva?

A.: Antes no me consideraba agresivo, ahora empiezo a notar los aspectos agresivos de esta ironía.

C.: Entiendo, pero quiero decir, el hecho de darte cuenta que esta es una expresión de agresividad es algo que notas a través de la reacción de tu mujer o, mejor dicho, es ella que te lo dice: “qué agresivo que eres”. Mientras utilizas la ironía, ¿te das cuenta de ser agresivo? ¿Notas la rabia?

A.: Ahora empiezo a notarla por mí mismo. Pero, no. No es que sienta rabia, no sé, puede ser que consiga transformar la rabia en ironía y, por lo tanto, no la noto, probablemente ocurre esto.

Respecto a situaciones significativas, como te comentaba antes, doy por sentado que me puedo quedar tranquilo, y no veo por qué me tengo que enfadar mucho. Cuando ocurre que me enfado, lo hago casi con placer, o sea me enfado con la certeza que no va a pasar nada, porque esta persona me conoce, sabe cómo soy, y acepta también este enfado, y por lo tanto aunque me enfade... La utilización de la ironía..., actualmente, durante los últimos 2 o 3 años, empiezo a darme cuenta del hecho que es la manera significativa con que expreso mi rabia, con que transformo la rabia y, por lo tanto, no me doy cuenta de esta rabia, me doy cuenta de la reacción del otro, me parece algo raro...

C.: Entiendo, entonces en la práctica, en un acontecimiento con una persona significativa no notas la rabia.

A.: Te pongo un ejemplo, con mi mujer. Ella es muy ordenada respecto a la casa y a la limpieza. Yo soy muy desordenado. Volvemos los dos del trabajo y ella me comenta: “¡Estoy harta! ¡Eres un desordenado!”. Yo le contesto: “No me toques las narices, no me importa, yo vivo bien así!”. Ella se enfada, yo me enfado y le digo: “Llevamos muchos años juntos, ya sabes cómo soy, y entonces no me toques las narices...”. Aquí me enfado, así de claro y simple; me enfado con la sensación de estar bien. Tanto ya lo sé que ella se irá dando portazos porque yo no he ordenado. Esta es la situación más simple. La situación más complicada es cuando yo empiezo a hacer comentarios irónicos sobre ella, sobre sus actitudes o algún comportamiento; me divierto haciendo estos comentarios. A veces le ha ocurrido tener reacciones fuertes, dos veces se puso a llorar; viendo esta reacción me doy cuenta de lo que estoy haciendo y entonces me pregunto: ¿cómo he podido ser tan malo, le he hecho daño y a ella, no es posible”.

C.: (dirigiéndose a Guidano) Aquí me parece que el acontecimiento de la discusión sea poco significativo. Y los otros acontecimientos no han salido todavía.

Guidano: *Me parece que podrías contentarte con lo que te ha contado y dedicar los últimos 10 minutos a aclarar las cosas que se han quedado sin resolver. En primer lugar, por ejemplo, esta distinción que él empieza a plantear desde hace 3 o 4 años. (Un pequeña paréntesis sobre cómo se ha producido este cambio de enfoque sobre sí mismo, cómo se ha dado cuenta, cómo se ha desencadenado, y luego otro paréntesis sobre esta idea de abuso que lo reconecta a su infancia).*

C.: Oye Fabricio, antes me comentabas este cambio que has empezado a notar desde hace 3 o 4 años... ¿Me lo podrías explicar mejor? En primer lugar, me podrías explicar cómo este cambio se asocia a la agresividad...

A.: Nunca lo he pensado en estos términos, uhm....

C.: Porque me decías que antes, hace 3 o 4 años, no te considerabas una persona

agresiva, y que después has empezado a considerarte más agresivo.

A.: O sea he empezado a notar mi agresividad con más claridad, pero, ¿qué es lo que quieres saber?

C.: Quiero saber cómo te has dado cuenta que eres una persona agresiva, cómo te has dado cuenta durante los últimos 4 años que eres agresivo ya que antes no te considerabas como una persona agresiva.

Guidano: *En estas circunstancias, desde un punto de vista técnico, para él es importante que tú le reconstruyas un contexto... se empieza a evaluar lo que ocurrió hace 3/4 años... "has tenido que cambiar la perspectiva sobre ti mismo; antes te considerabas de manera diferente con respecto a cómo te consideras ahora... ¿Te ha ocurrido otras veces en tu vida, por ejemplo, durante la pubertad, la adolescencia o durante la edad adulta? ¿Te has fijado en cómo ocurría? si ocurría de repente, etc.". De esta manera él empieza a pensarlo, a focalizarse y, por lo tanto, tú (dirigido al C) empiezas a comentarle: "Hace tres o cuatro años ¿tuviste algún cambio en el trabajo? ¿Algunas decepciones? o ¿ocurrió casualmente? De esta manera ya le has hecho cuatro o cinco preguntas preliminares haciendo una digresión sobre las etapas principales de su ciclo de vida; él, por lo tanto, empieza a filtrar las informaciones acerca de esto, empieza a pensarlo. Hay que explorar si esta es la primera vez en su vida que se produce este cambio o si ya le ha ocurrido en otros momentos, y cuándo le ocurrió. No importa si no contesta adecuadamente; de esta manera se construye un contexto, como si estuviera sintonizando el dial. Esto sirve para que, cuando luego se le hace la pregunta directa, no se sorprenda, porque ya lo está pensando desde hace un minuto, está recuperando las imágenes. La manera en que se introduce una pregunta va seguida de un minuto de contexto para que se pueda orientar.*

C.: Oye Fabricio, entonces este cambio de óptica con respecto a la agresividad que ha ocurrido 3 o 4 años atrás ¿hubo otros cambios de óptica en el pasado?, ¿cuándo te ocurrió por primera vez?

A.: Sí, en mi vida hubo muchos de estos cambios. El más significativo a los 18 años, al término de un enamoramiento, y luego hubo otros, pero menos fuertes; se podría decir que tuve muchos momentos en que percibí cambios en mi vida, todavía no me siento totalmente estable. No puedo situar en una fecha exacta este cambio de la agresividad. Hice un intento de analizar más específicamente mi comportamiento. Hubo un cambio de posición en mi trabajo, una posición más estable que, por un lado, me dio más tranquilidad, y luego empecé la formación en psicoterapia familiar, y también hubo una cierta movilización, tuve problemas afectivos con mi mujer y, en fin, hubo una época más estable que me llevó a reflexionar más sobre mi vida.

C.: Por lo tanto estos cambios de perspectiva sobre ti mismo se verificaron también anteriormente. Este cambio de óptica con respecto a sentirte "agresivo/no agresivo", ¿cómo se desarrolló? ¿Qué ocurrió? ¿Cómo te diste cuenta de este cambio de no agresivo a agresivo?

A.: En primer lugar es lo que decía antes, o sea el hecho de utilizar las reacciones de los demás; pero esto no hubiera sido suficiente si no hubiera hecho un trabajo personal. Utilizar las reacciones de los demás que me comentaban. "¡Ostras, qué agresivo eres!"

C : Entiendo; y entonces la diferencia entre agresivo- no agresivo ha sido...

A.: ha sido favorecida...

Guidano: *(dirigiéndose al C) hay que focalizar este cambio más sobre él; es su cambio de perspectiva, o sea...*

C.: (dirigiéndose a Guidano) Me parece que él lo focalizó por su cuenta sobre sí mismo, ¿no crees?

Guidano: *No, él dice que “ha sido favorecido por la reacción de los demás”. Le falta una parte. Esta parte se puede construir. La perspectiva es: empezar a partir de una imagen de ti hasta llegar a otra imagen de ti. Por lo tanto hay que explorar los datos, los descubrimientos que ha hecho, sobre la imagen de sí mismo del pasado (hace 3 o 4 años) para ver cómo estos descubrimientos le han cambiado la imagen de sí mismo, le han hecho ver que era otra persona respecto a la persona que creía ser.*

A.: El hecho fundamental de haber descubierto que la expresión de la agresividad es un hecho natural y aceptable tanto por mi parte como por parte de los demás, o sea que la agresividad existe y que el problema respecto a ella es solo relativo a cómo manejarla; o sea, el problema no es no expresar la agresividad, sino cómo utilizarla para sentirse bien y cómo gestionarla para que sea útil y no destructiva.

C.: Este tipo de cambio de perspectiva sobre la agresividad y, por lo tanto sobre tus datos personales, sobre el hecho que has empezado a sentirte más agresivo, ¿Cómo te ha hecho sentir? ¿Te ha hecho sentir mejor?

A.: Sí; me ha hecho sentir bien; o sea el descubrir que se puede sentir agresividad, y que se puede expresar sin que pase algo a nadie, ni a mi mismo, ni a los demás, me ha hecho sentir bien, entonces...

C.: Ya, pero ¿cómo te has dado cuenta que la expresión de la agresividad no es algo malo ni para ti ni para los demás? ¿Cuál ha sido la señal de retroalimentación que te ha hecho entender que expresar la agresividad no es un hecho tan dramático?

A.: En primer lugar el hecho que expresándola más directamente y transparentemente me sentía mejor, me sentía bien. Segundo, el verificar que ni siquiera los demás se sentían mal, y que en cambio, se sentían peor cuando la expresaba sin darme cuenta, o sea cuando la expresaba sin detectarla, y con eso me refiero a estas situaciones en que ironizaba, por ejemplo, hacia mi mujer, y ella se sentía mal por esta ironía. Ahora me doy cuenta que en esta ironía mía hay algo de agresividad y este descubrimiento me lleva a manejarla mejor, o sea consigo utilizarla más o menos cuándo y cómo quiero. Es decir que la noto más, todavía no perfectamente, pero la noto con una cierta...

Guidano: *(dirigiéndose al C) Focalízate un minuto sobre el tema de los padres para orientarlo, le comentas: “Antes has comentado brevemente este hecho del abuso. Como si tomaras una secuencia rápida, se empieza desde la edad que tiene ahora, 34: “muy bien, empezamos desde los 34...” (hay que empezar de la edad actual, porque si empiezas desde el principio es un desierto, no tiene elementos) “si volvemos hacia atrás a partir de los 34 años, este tema del abuso ¿dónde situarías el primer abuso? ¿donde lo detectas? (se dirige al entrevistado)*

A.: No acabo de entender...

Guidano: *He hecho una pregunta muy breve para que vosotros (dirigiéndose a los alumnos) la vayáis construyendo.... La pregunta construida sería: en base a lo que comentabas, el “abuso” se asocia a una sensación familiar... o sea es algo conocido para ti, es algo que llevas ya desde mucho tiempo, que te reconecta a épocas del pasado. Si la tomáramos en cuenta como una sensación tuya de base, como una sensación que podría ser una sensación de abandono, de soledad. Esta sensación se asocia, paso a paso, a este o aquel acontecimiento, como causa que justifica la agresividad que se siente.... Si se toma este*

conjunto de cosas (y cada vez se determina, o sea cuando siente agresividad con el médico, con el director sanitario), pues como sensación tuya hacia el mundo que se configura a partir de una u otra actitud. Si tomamos el conjunto de todo eso y empezamos a retroceder, por ejemplo, ahora sabemos cómo se configura actualmente (a los 34 años), y luego volvemos atrás... no sé cómo se configuraba a los 33 años... a los 30... a los 20... o cuando estabas en el instituto....”

A.: Sí, ahora entiendo, pero en 5 minutos no me dará tiempo de contarlo, pero puedo avanzar algunos puntos de referencia. Mi familia de origen, por ejemplo, siempre tuve la sensación, hasta los 16, 17, 18 años, de haber sido tratado injustamente por mis padres, de haber sido abandonado en algunas cosas, de haber sido tratado injustamente, no sé, por ejemplo, en comparación con mi hermano mayor. Hecho que posteriormente he reconsiderado de manera diferente, y he cuestionado completamente. Fue un proceso bastante largo, hay algunas etapas, bastantes localizables, que me han cambiado totalmente. He entendido que no era algo real, o sea era real, pero lo he reconsiderado desde una óptica completamente diferente, llegando a entender el punto de vista de mis padres, y mirándolo desde su punto de vista, he entendido que no había una intencionalidad específica de hacerme daño. Hasta llegar a los acontecimientos recientes cuando, por ejemplo, hace un año mi padre se puso enfermo, y este acontecimiento me hizo cambiar totalmente el punto de vista sobre este hecho; cambié en la medida en que, a partir de este acontecimiento, ha sido él quien me ha necesitado y por primera vez reviví de manera clara todas estas cosas, revisité todas estas sensaciones de abandono, las repasé y las reelaboré dentro de un contexto en que era yo quien se tenía que cuidar de mi padre. En esta situación tuve unos momentos de agresividad hacia mi padre, que luego interpreté como una venganza. Mientras sentía agresividad hacia él, entendí que esta era una actitud de venganza, y de esta manera se me aclararon muchas cosas. Me he dicho: “¡Jolín! me estoy portando de esta manera, porque todavía estoy enfadado con él!”. Y esto siguió hasta que casi me desapareció; o sea que ahora lo miro mucho más serenamente. Te podría contar la historia de los 18 a los 34 años.

Guidano: *(dirigiéndose al C)* Por esto hay que llevarle a mirarlo en una secuencia rápida. Imagina que estás en una primera sesión. Pongamos el caso que haya acudido para un problema de agresividad o de relación con los demás que le interesa profundizar, y por lo tanto lo que importa es abrirle una panorámica general acerca de este tema, que él trae, el tema de abandono, abuso... Hay que explorar qué tipo de tema es, si es estructural, si es nuclear, en qué medida es un hilo que probablemente, habrá que acostumbrarse a recorrer “de arriba a abajo”. Se necesita por este motivo, no porque se trabaje ahora con la historia de desarrollo. Te sirve para obtener esta panorámica, para explorar cómo lo lleva, cómo “lo sabe”. Es utilísimo en una primera sesión, porque de esta manera se empieza a tener un marco bastante claro, y también para hacerte una idea, una perspectiva, aunque no puedas profundizarla demasiado. Se le comenta: “Luego volveremos a hablarlo, paso a paso, iremos viendo todas las etapas significativas, podríamos caracterizarla con un slogan, con una imagen en secuencia, como cuando se rueda una película. Dentro de las secuencias de imágenes que resume todo eso ¿Qué colocarías entre las primeras imágenes y las últimas? A veces se pueden utilizar estos tipos de analogías, utilizando los elementos de la cultura común. Quizás miras una película, una película de larga duración, como de tres horas o más, luego el director te hace un resumen, y pone algunas imágenes al inicio y otras al final, para que la película adquiera un significado... “tú, por ejemplo, dentro de esta película ¿qué

imágenes pondrías al inicio y cuáles pondrías al final?

A.: Bien, te doy dos imágenes. La imagen inicial es a los 18 años con mis padres, es una imagen de venganza y oposición, es decir: “Sois unos hijos de puta... Nunca me habéis tratado bien, nunca me habéis hecho caso... nunca me habéis mirado tal y como soy, siempre me habéis dejado de lado...”. La imagen final, pertenece al año pasado, cuando mi padre falleció... es la imagen en que he llegado a pensar que no hubiera podido hacer más de lo que había hecho. Él ha hecho lo mejor que podía para mí, lo mejor que sabía hacer. Estas son las dos etapas opuestas....

7.4.1 Discusión

Guidano: *Vale, vamos a empezar...*

1° Colega: A mí no me parece muy agresivo, en contra de lo que decía al inicio, el hecho que se considera una persona más agresiva. A partir del ejemplo proporcionado por él, la expresión máxima de agresividad es gestionar la agresividad del otro, conseguir manejar la situación, o sea conseguir mantener siempre el mismo nivel de agresividad del otro, minimizar, nunca ir más allá de la cuenta. Luego en la relación con las personas significativas se da cuenta de la agresividad solo en función del daño que provoca al otro, y por lo tanto es como si el otro le dijera que esta es una situación agresiva. También en las cuestiones de relación de pareja no me parece que su agresividad sea muy bien definida; todos los elementos me hacen pensar en un aspecto DAP. Es decir, en el momento en que se da cuenta de su agresividad, en las relaciones afectivas, se da cuenta solo porque el otro lo define como agresivo; siempre hay una definición de agresividad proporcionada por el otro. No es una agresividad muy definida, me parece muy dispersa.

2° Colega: Me parece que incluso el término “abandono” que ha comentado varias veces, lo explica casi como una no existencia, no ser reconocido desde una perspectiva DAP. Con respecto a las personas significativas, me ha llamado la atención la contradicción entre cómo define la agresividad “Una manera de atacar el otro” y el darse cuenta a través de la reacción del otro de esta agresividad. Y luego el tema de la agresividad “constructiva”... o sea el descubrimiento que la agresividad es una emoción natural, aceptable, hay que explorarlo para comprender cómo convertirlo en algo útil y menos destructivo.

3° Colega: Tengo la sensación que no ha hecho ningún cambio interior excepto el aumento de la conciencia acerca de algunos hechos; o sea me parece que se ha hecho consciente que su manera de funcionar y reaccionar es siempre la misma. No me parece una persona agresiva ya que al final con respecto a las personas significativas ni siquiera se da cuenta de su agresividad. Son los demás que le llevan a darse cuenta.

A.: (interrumpe) “Ya verás si no soy agresivo!” (ríen)

3° Colega: (sigue): y en fin quiere utilizar su agresividad solo con buenas intenciones y por lo tanto ya no se puede considerar como algo que perjudica el otro.

2° Colega: Con respecto a la discusión con el médico he notado que desde un punto de vista formal había una escalada simétrica, o sea que si él subía el tono de voz, Fabricio también lo subía, como una formalidad relativa a no superar los límites; luego hay una rabia relativa a no haber conseguido anticipar las situaciones que hubiera podido prever y esto con la finalidad de asimilar sin comprometerse mucho, sin sufrir demasiado. El enfadarse porque no ha conseguido anticipar me parece una característica DAP.

C.: Me surgen dudas acerca de la impotencia, o sea esta reacción de aniquilamiento que

experimenta, esta sensación de parálisis, de bloqueo, esta sensación de pérdida de control. Me parece una impotencia, no tanto determinada por lo externo, por lo menos en este acontecimiento, cuanto una impotencia del tipo “no puedo hacer nada con esto”; como confirmación de esto se desencadena un auto-castigo por su parte; “Mira que tonto soy, no me he dado cuenta que la situación era ésta” y esto le lleva al problema de crear una mayor distancia y un menor compromiso. Parecería que durante los últimos años ha aprendido a crear una mayor distancia para no implicarse demasiado. Por otro lado, yo también, he notado esta atención por lo externo. Sobre todo dos hechos en particular: uno es el darse cuenta de la agresividad en el momento en que las personas significativas le comentan “Si haces daño significa que eres agresivo”, como si la agresividad fuera una modalidad de relación con lo externo sobre la cual no tiene apenas control, o por lo menos no tiene mucho control sobre los efectos que esto implica.

Guidano: *(dirigiéndose a los demás) ¿Hay algún otro comentario?*

5° Colega: Más que un comentario es una pregunta; responde a una perplejidad mía. Yo no he notado ningún tipo de agresividad si no en un momento determinado, a partir de cómo se explica la agresividad, me parecería que hay una atribución externa, el intento de entenderse reflejándose en el otro. Lo que no puedo entender es la ironía como una forma de rabia, de agresividad...

Guidano: *Esto es un problema tuyo.*

5° Colega: Sí, es mi problema...

Guidano: *Solo hay que limitarse a entender cómo la persona define la agresividad.*

5° Colega: Él define la ironía como agresividad, pero yo no consigo ver en esta definición, la rabia.

Guidano: *Si para ti la ironía es agresividad o no, es un problema tuyo, que en este contexto no tiene nada que ver. Para “fulanito” la agresividad podría ser “amabilidad”. Atacar a los demás con pétalos de rosa y lo que hay que hacer es explorar cómo esta persona se organiza en función de su coherencia interna, qué rol le implica. Luego puede no convencerte pero esto es un problema tuyo...*

5° Colega: De acuerdo Vittorio, es un problema mío. Pero el repertorio me parece bastante incompleto para que se pueda comentar...

A.: Probablemente faltaban algunos ejemplos acerca de este tema...

C.: Sí, faltaban ejemplos sobre esto.

Guidano: *Lo que quiero decir para aclarar estas dudas, ya que me parece indicativo para orientarse es: el error que cometéis es que no prestáis suficiente atención a los procesos. Solo prestáis atención a los aspectos formales. Los procesos son los aspectos esenciales. ¿Qué suscitan los acontecimientos que ocurren? Siempre hemos comentado que el significado personal se desarrolla dentro de los procesos. Si se presta atención a los procesos, todas estas dudas, DEP-DAP, no las veo. Vamos a ver con calma. Exploremos la situación, y luego aclaremos vuestras dudas. La situación con el médico es una escalada simétrica; luego aquel arrebato, todavía más clarificador, con el director sanitario. El primer proceso importante que hacía notar (el co-formador), es este proceso de bloquearse, paralizarse, que, literalmente, es el quedarse inmóvil frente a un ataque. Decía bien que se daba cuenta de su rabia a partir de esta forma de “congelarse”. Os acordáis de cuando estuvimos hablando de los DEP y os comentaba que los niños “abusados” tenían esta especie de actitud que se llama “freezing watchfulness” o sea eso “mirar congelados”,*

inmóvil, o sea el no moverse mínimamente frente a las situaciones “terroríficas”, este es un primer hecho. Un segundo hecho es relativo a las reacciones sucesivas, y él ha sido muy preciso en explicitarlas. Está el discurso sobre el desprecio que significa el no reconocimiento, la casi “no existencia” y este no reconocimiento y no existencia, a diferencia de un tema DAP, o sea un tema de un sentido de sí mismo vago y de incapacidad, para él tenía un significado afectivo no solo de abandono sino también de exclusión: “¡Me siento excluido otra vez!”

C.: De hecho la invalidación me parecía asociada a “no haber previsto”, y por lo tanto a la idea de algo imprevisible. “¡Tac! He vuelto a caer en la trampa!”.

Guidano: *Es decir... El proceso es éste, no se trata simplemente de la forma. ¡Los demás existen para todos! Sin los demás nadie tiene un sentido de sí mismo, y cuando hablamos de DAP, el DAP tiene un sentido de sí mismo solo a través de los demás. Por lo tanto el contenido es que frente a un tema que se interpreta como un juicio negativo, además de la serie de términos intercambiables que utiliza “invalidación”, falta de reconocimiento, etc.; nunca hay un proceso afectivo, el proceso es siempre un proceso de imagen, lo que el otro opina sobre mí es un proceso de fracaso e incapacidad. Aquí el proceso es afectivo; él se queda solo y dice “¡otra vez!”. El problema proporciona el tema de cómo vive este abandono y esta soledad, la vive como una confirmación de un destino que se repite, de lo contrario el “¡otra vez!” no tendría sentido. Si luego se mira más en detalle, la reacción que tiene, es una reacción típica de impotencia y soledad, distinta en los dos aspectos. Por un lado hay una reacción de impotencia y soledad, asociada a una búsqueda de un contacto alternativo con los colegas, aunque sepa que esta búsqueda de contacto no pueda aliviar el sentimiento de haber sido humillado, o sea no puede aliviar la pérdida, ya que ésta, cada vez que se produce, provoca un efecto irreversible. Otro tema importante, siempre en relación a los procesos, es que, en este caso, la pérdida irreversible que se ha producido se elabora como una responsabilidad interna. Cuando estas situaciones “¡otra vez!” vuelven a presentarse es porque existe algo raro que es propio de esta persona. Otro dato importante que se podría verificar con mucha facilidad, si se mirara a los procesos y no a la forma de las cosas, es el hecho que todos hemos notado, como ejemplo DAP, que él se da cuenta de ser agresivo solo porque los demás se lo hacen notar. Aunque muchas veces él lo note directamente a partir de la reacción de los demás, sin que ellos le digan nada, y esto es algo diferente. Pero el hecho más importante de todos es lo que ocurre antes; o sea que se porta de manera agresiva “sin darse cuenta”, y esto significa que, en algunas circunstancias, su manera de portarse no presenta ningún tipo de atención con respecto a lo que produce en los demás. No darse cuenta significa que, en algunas situaciones, él emite comportamientos sin “pasar previamente por el cedazo” el efecto que provocará en los demás. Esto para un DAP es impensable. Para un DAP no es imaginable un posible comportamiento sin prestar atención previamente a la reacción que produce en los demás. Si le ocurriera esto significaría que puede poner en marcha comportamientos sin plantearse el problema de la reacción que suscitará en los demás. Esto me parece un dato discriminante.*

C.: Esto era lo que me llamaba la atención, o sea que me parecía como una modalidad que empieza casi automáticamente sin que él consiga tener un control sobre esta. Es la primera vez que veo esto en un sujeto.

Guidano: *Si lo miras haciendo retroceder la moviola, esto significa que en el momento en que ironiza sobre el aspecto X o Y etc., no se ha planteado “la discriminación previa”*

acerca de la expectativa del otro: el dato significativo es que ni siquiera se ha dado cuenta. Y no solo el segundo aspecto: cuando se da cuenta es a partir de los demás, o porque el otro se lo hace notar o porque él lo reconstruye a través del otro, ¿Cuál es el efecto? no es un efecto que se presenta en términos de juicio sino en términos de reelaboración de la imagen de sí mismo; no se trata de “he fracasado”, ¿no he sido capaz!, ¿qué dirá?, ¿pensarán que soy un hijo de puta!, ¿no sé cómo pondré remedio a esto! ¿Cómo demostraré que no es verdad?, etc. Las temáticas de “caer mal” típicas de los DAP. En estas circunstancias él se sorprende, y este sorprenderse me parece más asociado a una curiosidad, un descubrimiento sobre sí mismo que al “caer mal” frente a los demás o de recuperar posiciones con respecto a otro. Además hay otro aspecto distintivo. El discurso desarrollado por él sobre la “imagen inicial” y la “imagen final”, es un discurso de cambios de perspectiva. Hubo muchos de estos cambios en su vida, en diferentes épocas significativas... este trabajo llevado a cabo sobre sí mismo, esta evolución en casa con respecto a la agresividad, la manera en que relata su cuidado hacia el padre, demuestra que, mientras cuida al padre enfermo, se da cuenta de la agresividad y luego la recicla. Un DAP nunca lo haría, nunca haría un discurso tan interior. En el momento que se da cuenta que hay una crisis con el padre, un DAP se diría: “Ostras, qué mal!”... una persona que maltrata un padre que está a punto de morir, ¿es una persona insensible!”... desde afuera. Él, en cambio, hace un discurso “mirándose desde dentro” o sea mirando a las razones que lo llevan a portarse de esta manera. El DAP no tiene esta capacidad de explorarse interiormente, si detecta su agresividad, por ejemplo, hacia el padre enfermo, se mira y comenta “¡No!.. una persona perfecta no hace esto.. nunca seré perfecto... soy arisco, no tengo sentimientos, no soy capaz de amar”. El DAP saca esta conclusión, siempre mirándose desde afuera, como si se mirara a través de la mirada de otro. El DAP se halla cerrado a hacer este discurso de “criba interior”. La distinción entre estas personas consiste en los procesos. La diferencia fundamental entre las figuras significativas y no significativas se hace súper evidente en los DEP, que nunca muestran la propia agresividad. Solo se permiten expresarla con las personas significativas, porque para un DEP, las personas significativas son aquellas que han atravesado este foso entre “él y el mundo” y por lo tanto ahora están de su lado. Por lo tanto, él se da cuenta de su agresividad solo cuando las personas están de su lado.

C.: Vale, este era la duda, era la única duda que tenía, este no darse cuenta de la agresividad con las personas significativas.

Guidano: Además él ha especificado este concepto aun más claramente cuando ponía el ejemplo de su mujer con respecto al orden en casa. ¿Qué significa esta delimitación “yo-resto del mundo”? ¿Qué pasa cuando una persona atraviesa este foso? Significa que esta persona no te abandonará. Si se elimina lo que “está en juego”, la agresividad llega a ser una modalidad de expresión y contacto. Es por este motivo que con las personas significativas se puede expresar. Os acordáis cuando estuvimos comentando el recorrido del desarrollo, la direccionalidad del los DEP, cuando os comentaba que el problema de todas las organizaciones depresivas es la rabia; en primer lugar, porque no la detectan, luego cuando empiezan a detectarla no la aceptan; normalmente empiezan a detectarla a partir de la adolescencia. Construyen sobre la rabia las razones para justificar la propia exclusión. El tema “hay algo equivocado en mí” para un DEP es un discurso normal, es un discurso que siempre tiene que estar presente. Es el mismo discurso que él se ha planteado durante los últimos años. Un DAP nunca llegaría a pensar algo parecido. El DAP podría llegar a

afirmar haber detectado su agresividad como una emoción natural, normal, solo mediante un discurso abstracto; en este caso sería un DAP seguidor del etólogo Konrad Lorenz; de lo contrario nunca llegaría a detectarlo; podría expresar la agresividad como una reacción hacia alguien a quien se le pueden hacer atribuciones, pero nunca detectarían la agresividad como algo propio; se asocia siempre con algo externo. En su caso, en cambio, es una etapa de evolución del desarrollo. A los 34 años se asiste a la evolución de este desarrollo inicio-fin. Esta evolución es el duro trabajo que hay detrás de cada proceso psicoterapéutico. Él se lo ha llevado a cabo por sí mismo, a través de su memoria. Dentro de la primera imagen está él luchando en contra de los padres, los autores del abuso; en la última imagen se ve al padre como un hombre que ha hecho lo mejor que podía en aquel momento; no se han cambiado los datos. Es su reorganización la que ha cambiado. Es un trabajo que duró 25 años. Mediante este trabajo llega a reconocer su agresividad como una emoción natural, normal, como algo suyo, como algo que siente. Se hace evidente que, a medida que se recogen sus datos, expresa esta agresividad como algo que le pertenece. Pero la reconoce como una modalidad “normal” de relacionarse con el exterior. Desde un punto de vista interior, este es un trabajo significativo, pero repito: es un trabajo significativo que él ha llevado a cabo situándose a sí mismo como punto de referencia interno. Insisto sobre lo que me parece el elemento discrepante, y aquí os recuerdo que tenéis que prestar mucha atención a los procesos. Lleva a cabo este trabajo mientras cuida a su padre, es decir durante un proceso de pérdida, un proceso de duelo. Es obvio que para los DAP esto nunca podría ocurrir. Un DAP que se encuentra en un proceso de duelo o de pérdida no se cuestiona nada, sino está seguro de estar a la altura de las circunstancias, de ser súper activo y súper eficiente tanto en los cuidados como en la planificación, por ejemplo, encargarse de organizar los funerales con dos meses de antelación. No existe este discurso de “cuestionarse”; si se analizan los procesos frente a la pérdida emergen datos muy significativos.

C.: Perdona, Vittorio, estoy de acuerdo con estos datos, pero a los 18 años tuvo su primer cambio significativo en función de un enamoramiento....

Guidano: *Pero sobre esto no tenemos ninguna información, ni siquiera sabes si esta relación duró un día, una hora o si es una relación que sigue aún en la actualidad. Con respecto a este tema de cambio de óptica, él señala simplemente, con unas “banderas”, unas etapas de su vida en que hubo estos cambio de ópticas. Uno de estos cambios lo señala a los 18 años, pero tampoco se sabe cómo es, cómo ha ido esta relación, qué rol tuvo: claro, ¡esta es una primera sesión! Hay que tomarlo en cuenta. La única cosa que se puede afirmar es que él, mediante la formulación de preguntas breves, una después de otra, pregunta y respuesta, ha conseguido reflexionar sobre los cambios de perspectiva que ha habido en de su vida y esto le ha llevado a darte informaciones significativas.*

8 EL REPERTORIO “AFECTIVIDAD”

8.1 Prefacio: el apego como sistema central en la construcción del sentido de sí mismo.

La premisa de la reconstrucción de la historia afectiva es que el apego es el elemento central y regulador de la constitución de la identidad personal. Es el elemento autorreferencial para la construcción del “sentido de sí mismo”. Aquí se nota la diferencia con la teoría del apego “clásica”. Es la diferencia entre una teoría descriptiva y una teoría explicativa. Las teorías descriptivas se basan sobre el enfoque empirista clásico, el enfoque que afirma que

la realidad es objetiva y, en consecuencia, basta con describirla: la descripción coincide con la explicación y, por la tanto, utilizando la descripción es como si se diera por sentada la manifestación fenoménica, el orden “objetivo”, sin necesidad de explicarlo. En cambio, en las teorías explicativas, el problema de base es: “¿por qué la manifestación fenoménica es ésta y no otra?”, “¿cuál es la economía del proceso, objeto de estudio, para que se manifieste siempre de esta forma y no de otra?”.

La teoría *descriptiva* del apego, que es la teoría clásica de Bowlby³⁰, considera el apego como un sistema para mantener la proximidad con las figuras parentales; lo cual no es erróneo, pero es esta manifestación fenoménica la que se tiene que explicar. La teoría del apego *explicativa* considera el apego como un sistema autorreferencial para la construcción de la imagen de uno mismo: pretende explicar que “dado un tipo determinado de apego, sólo puede manifestarse en las formas fenoménicas en que aparece”. En consecuencia las emociones asociadas a los procesos de formación, mantenimiento y ruptura de las relaciones afectivas son las más relevantes para la centralidad del *self*, además de activar los mecanismos más significativos de mantenimiento y estabilización del sí mismo de una persona. Esto vale especialmente desde un óptica evolutiva: basta destacar las alteraciones del sentido de sí mismo que aparecen en los niños, a medida que la calidad de la relación de apego va cambiando, sobre todo cuando se trata de apego preferencial. La pérdida de una figura de apego, por ejemplo, para un niño DEP, puede corresponder a la construcción de un sentido de sí mismo negativo. Para los adultos vale esta misma regla, pero el proceso está más mediatizado por el hecho que la organización individual es más estable: el sentido de sí a través del desarrollo del pensamiento abstracto, depende menos del contexto como definición inmediata, y por lo tanto las emociones que se asocian a formación, mantenimiento, y ruptura de las relaciones afectivas, aunque sean las emociones más relevantes, tienen un efecto más mediatizado sobre la identidad personal; es un efecto que se reconstruye cíclicamente. Una regla fundamental es que cuando se reconstruye la historia de una relación significativa, las emociones que se analizan, durante las fases de estas relaciones, son las más representativas del núcleo organizacional de fondo de una persona.

8.2 Modalidad de conducción de la entrevista

8.2.1 Aumentar el nivel de profesionalidad

En general para reconstruir una relación afectiva, a diferencia del repertorio de la agresividad, hay que aumentar el nivel de profesionalidad, sobre todo en el empleo de la relación terapéutica. Hay que proporcionar muchos más datos que en relación a los relativos a la agresividad, porque la historia afectiva es un fenómeno mucho más complejo acerca del cual muchas personas no saben casi nada. La mayoría de las personas no sabrían explicar cómo se ha formado una relación, aunque se trate de una relación significativa. Tratarían este tema comentando aspectos marginales, como: “me llamó y me dijo tal cosa, no me lo esperaba y me emocioné mucho”; casi nadie conoce “las reglas de selección” que llevan a la formación de una pareja; es decir que la formación de una relación es la formación de reglas psicológicas, relacionales, y emocionales muy específicas, donde los dos miembros de la pareja establecen una complicidad, por ejemplo, los roles que han definido recíprocamente. La mayoría de las personas no saben cómo “se han hecho novios”, simplemente lo viven como algo que “ha ocurrido”. Por lo tanto, hay que proporcionar muchas explicaciones,

como que lo que más importa no son los ramos de flores que se han regalado, sino el estudio de estos otros fenómenos. El terapeuta tiene que comentar, repetir y aclarar las dudas traídas por los pacientes; tiene que llevarles a razonar de esta manera, o sea llevarles a seleccionar desde esta óptica los recuerdos, los datos, los acontecimientos, las situaciones, de lo contrario no se consigue nada.

8.2.2 El “slogan”

En primer lugar hay que preguntar por un *slogan*; esto es necesario para empezar a definir el objetivo: “imagine su vida sentimental en una visión general, como si fuera una carrera profesional (yo y los hombres, yo y las mujeres) ¿Cuál es la imagen, el slogan, el título de un disco, de una película, de un libro, mediante los cuales, en su opinión, se puede encontrar un significado, si no literal, por lo menos analógico de esta carrera profesional?”. No se puede utilizar una pregunta directa (por eso se habla de una mayor profesionalidad), sino que hay que explicar que es una “visión general”, sin entrar en detalle, viéndola como el resumen de una película de principio a fin; hay que intentar sacar una definición no oficial por parte del paciente, no técnica, sino de “impresiones”, ya que a partir de éstas se consigue una idea de los temas significativos, de las “tonalidades”, un idea que sirve para orientarse.

8.2.3 Criterios de significatividad afectiva

La segunda fase consiste en poner en evidencia los *criterios de significatividad afectiva* de la persona: la pregunta que se formula es: “tomamos en cuenta la historia afectiva como si fuera una carrera profesional y empezamos a llevar a cabo una distinción. Distinguimos las relaciones afectivas más significativas, de las que se consideran relaciones afectivas de segundo orden, como *flirts*, pasatiempos, aventuras, amistades afectuosas”. Esta información resulta importante para el terapeuta ya que sólo las relaciones significativas proporcionan información significativa acerca de los mecanismos de formación y mantenimiento del sí mismo: aquí existe la oportunidad de explorar los patrones de identidad más específicos de los esquemas emocionales de fondo. En general en estos tipos de relaciones, cada uno de nosotros presenta una rigidez de los esquemas y de la elaboración de la experiencia que sigue sorprendiendo, aunque se hayan visto miles de casos así.

En las relaciones menos significativas esta rigidez se hace mucho más dúctil, y por lo tanto se puede reconocer la misma “invariante” no tanto en las secuencias de las relaciones, cuanto en las conclusiones que la persona trae. Supongamos el caso de un típico DEP “normal”, se nota que mientras en las relaciones significativas, las relaciones de “vida”, el paciente DEP se muestra rígidamente abandonista, en las relaciones no significativas se puede haber portado como un “mujeriego”, capaz de cerrar una relación en 5 minutos. Lo que llama la atención frente a un DEP es, con respecto a una relación significativa, el final de una relación, o sea cuando esta relación ya se ha terminado, para él es como un duelo que tarda de 2 a 4 años. Frente a una relación no significativa, en cambio, tiene la capacidad de cortar una relación en solo 5 minutos y elaborar el duelo en 25 segundos. Si no se tiene en consideración este aspecto no se entiende el mecanismo. Tomando en cuenta el mismo ejemplo, se puede observar otra cosa: durante la fase de ruptura de las relaciones significativas se muestra rígidamente pasivo, o sea sufre el abandono, e incluso cuando no lo sufre, en la práctica, lo reconstruye como algo sufrido. En las relaciones no significativas, en cambio, no tiene ninguna dificultad en “verse” en el rol de quien deja al otro: en estas

relaciones la misma invariable abandonista, que en el primer caso es rígidamente evidente, no se nota en las secuencias afectivas de las relaciones, sino en las elaboraciones más sofisticadas, en los estados de ánimo, en las reflexiones, en los acontecimientos significativos que se asocian al mantenimiento, a la formación y al cambio. Mientras que en las relaciones significativas lo vemos en la manera en que la persona estructura las relaciones.

El criterio de significatividad sirve al terapeuta para diferenciar los dos aspectos: una vez que el paciente enumera las relaciones significativas, la primera, la segunda, la tercera, se le pide el criterio en base al cual, distingue las relaciones significativas de las no significativas. Lo que interesa es *el criterio de significatividad personal*.

8.2.4 Ordenar las relaciones significativas

Hecho esto, se empiezan a explorar las relaciones afectivas: una buena regla es explorar todas las relaciones para hacerse una idea. Pongamos el caso que una persona hable de tres relaciones, hay que preguntar por la primera, por el inicio y el fin de la relación. El inicio tiene que coincidir con la primera vez que encuentra a la pareja, o sea la primera vez que lo mira como pareja (esto porque a veces puede ocurrir que los dos miembros de la pareja se conocen desde que eran pequeños, pero la relación significativa empieza, por ejemplo, hace 5 años) hasta llegar a la ruptura de la relación. Luego se procede gradualmente con la segunda relación, la tercera, etc. De esta manera se mira cómo empieza y cómo acaba una relación y también el intervalo de soltería entre una relación significativa y otra.

Siguiendo esta línea se empieza la construcción de cada relación. Para cada relación hay que diferenciar la formación, el mantenimiento y la ruptura, y conviene que se lleve el paciente a proceder de esta manera. Esta manera de reflexionar sobre las relaciones, en general, nunca se utiliza; da miedo comprobar que muchas personas no saben cuándo, cómo y por qué empiezan y acaban las relaciones. Esta modalidad se considera como una señal indicativa de una incapacidad de ordenamiento y elaboración: cuanto más fluctúan estos datos, más indican que la persona no los ha organizado bien. Cuanto más desorganizado es el dato, en una medida de control cognitivo, más puede suscitar emociones intensas, desagradables, y poco controlables. Si una persona cuenta sobre una relación importante hace 10 años, y solo comentarlo todavía le cambia el estado de ánimo, significa que hay una confusión interior enorme. Esto se considera ya un trabajo de reordenamiento de estos datos, de su categorización como información y como un conjunto único y coherente que le proporciona un control significativo sobre estas emociones que le provocan malestar.

8.2.5 Evitar “la línea” sentimental-confesional

El aspecto más importante, el planteamiento de fondo, es la línea de trabajo que se plantea, la óptica que se utiliza; los pacientes tienden a plantear la relación afectiva desde un plano íntimo y personal, o sea comentan las relaciones afectivas en términos “Yo le quería, él me quería, etc.”. El terapeuta debe prestar atención a no caer en este juego; lo que comenta el paciente se tiene que reformular. Frecuentemente la tendencia del terapeuta, en la fase en que se empieza a reconstruir la relación afectiva, es plantear una línea de trabajo *sentimental confesional* que, dicho de otra manera, significa plantear una serie de preguntas como “¿qué sentías por él, cómo te has dado cuenta que te gustaba...” o con respecto al tema de la formación “¿cómo llegasteis a ser novios?”; “¿te cogió de la mano?”. Hay que evitar estos tipos de intervenciones, no solo porque implican una pérdida de tiempo, sino porque lo que

hay que hacer es plantear un punto de vista alternativo a la persona. El punto de vista alternativo consiste en llevar al paciente a considerar estos fenómenos, no desde la óptica de la expansividad, sino desde el punto de vista de la validación personal, de cómo se juntan las cosas. Pero no basta; a medida que se procede con este trabajo, la afectividad se define aún más como una actividad de autovalidación: esto sirve para que el paciente dirija la atención hacia la exploración de otros fenómenos; esto sirve para interrumpir el juego que le lleva a sentirse como una víctima de abuso por parte del otro miembro de la pareja que nunca “me ha entendido”. Bajar a este plano significa ceder a la tentación, que podéis experimentar en otros ámbitos, de adherir al principio de la objetividad. En otros ámbitos, cuando necesitáis descansar un rato o bien os encontráis en un momento de dificultad, podéis decir: “Vale, me apunto al principio de objetividad...” (ríen). Plantear este trabajo utilizando la línea sentimental confesional significa desvirtuar los puntos de referencia, útiles para la reformulación del problema, o invalidar la reformulación del problema que se ha planteado en la fase precedente.

Cuando veáis que al paciente DAP le brillan los ojos, mientras os habla de su gran amor, con mucha paciencia le debéis reformular el querer alguien como un mecanismo autorreferencial. Si el terapeuta acepta el plano del discurso del paciente, bajáis al plano “descriptivo” de su punto de vista, que no produce ningún cambio.

8.3 Apego, afectividad, sexualidad

8.3.1 Afectividad y autorreferencialidad: ¿qué significa “querer”?

El problema se puede mirar desde otro punto de vista que parece sorprendente. Desde el punto de vista del sentido común parecería que los problemas ligados a la afectividad, tanto los que ocurren durante el ciclo evolutivo respecto a los padres, como los de la vida adulta se asocian a la falta de afecto. La realidad es exactamente la contraria: las problemáticas de la vida afectiva, tanto las de apego padres-hijos cuanto las de la vida adulta, están causadas por *la presencia de afecto*, y se comprenden sólo cuando se entiende que el afecto es el mecanismo autorreferencial de cada miembro de la pareja y que para cada miembro querer significa incluir al otro en la propia identidad. A partir de ahí cada miembro hace su juego, pero cuanto más un miembro de la pareja intenta incluir al otro, lo que resulta destructivo, tanto más “le quiere”. Es por este motivo que resulta tan difícil aceptar el nivel explicativo, porque el problema es exactamente éste. Pongamos el caso de un padre totalmente intolerante y controlador hacia su hijo; esto muestra claramente el apego como mecanismo autorreferencial “por parte de uno de los padres” hacia un hijo. Aquí observamos cómo este padre utiliza al hijo como validador fundamental de sí mismo. Este es el tipo de complicidad emocional que pertenece a cualquier situación afectiva y que visto en estos términos proporciona la explicación fundamental del comportamiento de la mayoría, sino de todos, los padres.

Lo que llama la atención acerca de los padres es que, mientras como “adultos” a nivel cognitivo, se muestran inflexibles, personifican las máximas, “los principios” de vida, desde un punto de vista emocional, en cambio, se encuentran en el mismo nivel que los hijos, incluso se portan como si el hijo fuera una pareja sentimental. Hay madres que se alteran porque, cuando al hijo de 5 años se le pregunta: “¿a quién quieres más: a mamá o a papá?”; y el niño responde: “a papá”, entonces se enfadan con el padre. Esta es una manera de portarse como un niño, es como si los padres consideraran al niño como tal, desde un punto de vista

cognitivo, pero no desde un punto de vista emocional. Probablemente es una manera de portarse adecuada ya que en cualquier situación afectiva, la complicidad emocional, vale para dos personas, o sea *que cada miembro representa el mecanismo de mantenimiento de la identidad del otro*. Si un padre considerara el hijo como un niño también desde el punto de vista emocional y, por tanto, ante la respuesta (“quiero más a papá), dijera algo como: “sí, claro, ya se sabe, es un niño pequeño, a esta edad los niños, etc..” probablemente significaría que es un padre que pasa del niño, que no le importa su hijo. Esto porque el aspecto emocional siempre presenta esta inmediatez; es una lógica que no se puede eliminar.

Puede ocurrir que los pacientes adultos obvien las preguntas del terapeuta diciendo: “doctor, el tema es que no le quería, o que no me quería”; en estos casos hay que reformular estos discursos porque, de lo contrario, se corre el riesgo de atraparse en un callejón sin salida.

Si, en cambio, reformulamos la definición mostrándole que querer a alguien es importante y que consiste en lo que acabamos de comentar, que son mecanismos con los cuales cada uno de los miembros de la pareja, mediante los criterios de afectividad y expansividad, está realizando, validando y desarrollando su propia imagen. De esta manera, el terapeuta abre otra óptica al paciente y además aprovecha la oportunidad de poner en juego un tema que el paciente ya consideraba cerrado y superado. Esto permite al terapeuta hacer ver muchas cosas al paciente. A un DEP, por ejemplo, permite demostrarle que sus temas abandonistas, que considera como sufridos o provocados por otro, son mecanismos autorreferenciales propios, mediante los cuales construye y mantiene un sentido precario de sí mismo.

Proporcionar a un DEP, una idea de actividad frente a estas cosas es como una “clave” ya que, de lo contrario, nunca llegaría a imaginárselo. Hace poco vi en la TV una entrevista sobre una terapia de pareja de la Universidad X, mostraba una pareja en crisis. Al término de la sesión los terapeutas concluyen: “tomémonos un tiempo, reflexionemos durante las próximas dos semanas, así conseguiremos entender si os queréis o no”. Me sorprende que todavía puedan ocurrir cosas increíbles como ésta, me quedé pasmado; de esta manera los terapeutas se atrapan en un juego sin salida. Esto significa que hay que reformular y redefinir el discurso en términos de “mecanismos de automantenimiento”, poniendo coto a detalles insignificantes como: “él me llamó, y por lo tanto yo le envié rosas, cuando nos besamos por primera vez estábamos bajo el arco de Constantino”. Estas informaciones no son relevantes, ya que son secuencias de detalles; lo que importa es cómo se produce el proceso de selección entre los dos.

8.3.2 Emergencia de una nueva realidad: el mundo de la interacción afectiva

Abro un pequeño paréntesis de carácter teórico. En nuestro planteamiento, el de la complejidad, los dos organismos, son dos organismos “cerrados”: esto tiene importantes consecuencias sobre el nivel relacional. Dos organismos cerrados que interaccionan entre sí, crean un tercer elemento, *un tercer mundo nuevo que es el mundo de la interacción entre ellos*, un mundo que tiende a ser muy independiente de ambos. En la relación observado–observador se introduce un tercer elemento nuevo que antes no existía, un orden que tiene sus reglas, y que surge a partir de la interacción entre los dos. Este mundo que nace entre los dos, llega a ser ampliamente autónomo también de los dos, aunque siempre dependerá de ellos. Este mundo establece vínculos, reglas a las que, los dos, observado y observador, tendrán que someterse. Un ejemplo clásico deriva de la mecánica cuántica: una determinada

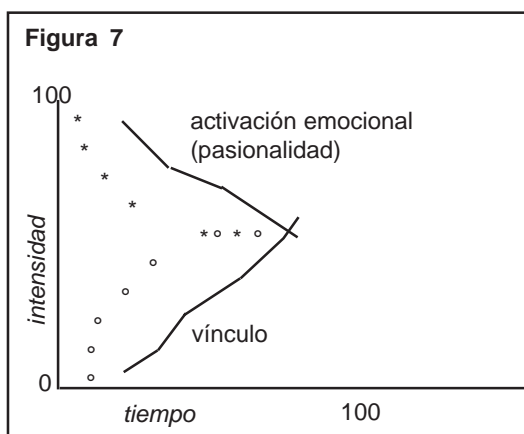
modalidad de interacción observado-observador crea una nueva disciplina, que a su vez establece las reglas sobre cómo la realidad tiene que ser interpretada por parte del observado, pero establece también reglas para el observador que definen cuáles son los problemas a los que ambos contrayentes están vinculados. Dicho de otra manera: en el momento en que los dos definen la relación crean una realidad, un universo de discurso al que participan ambos pero que es independiente de ellos, esto se define *como vínculo*. El vínculo es una especie de “mundo 3” de Popper³¹. Es exactamente lo que ocurre cuando un elemento del “mundo dos”, por ejemplo, una emoción o un pensamiento, llegan a ser objeto de controversia dentro de una idea que circula. Esta idea que circula luego se vuelve ampliamente independiente del autor que la ha creado, hasta el punto que, a los 10 años de su creación, aunque el autor puede llegar a renegar de ella, ésta sigue circulando, sigue determinando “contra-ideas”, sigue “creando un mundo” sobre el cual su control será menor.

8.3.3 Pasión y vínculo

Esto es importante porque demuestra como la variable afectiva, emocional, nunca es suficiente para expresar la evolución de una relación. Esto ocurre porque, desde el principio, hay dos aspectos/variables constantes en la relación que presentan una evolución totalmente diferente. (Fig. 7)

La primera se podría llamar como la variable emocional o de activación emocional, la *pasión*, que en general durante las fases iniciales de un apego es máxima a nivel de intensidad y sirve como criterio selectivo entre los dos.

Al inicio de una relación, en el punto cero, esta variable tiene el máximo valor y sirve a los dos para el



proceso de selección recíproca. La variable vincular, o sea el objeto del mundo 3, en cambio, al principio es casi inexistente. Con el paso del tiempo la relación se vuelve estable y la pasión disminuye y se estabiliza con respecto a unos valores, estos valores pertenecen al tipo de pareja, al tipo de contrato que los dos han establecido, al tipo de emociones personales. La variable “vínculo”, en cambio, aumenta progresivamente hasta llegar a ser estable en una forma que se podría considerar un tanto superior a la otra. Tanto es así que, cuando las parejas presentan problemas de separación, el problema casi nunca es la variable emocional que normalmente es la variable en que las ideas están más claras. El problema siempre es relativo a la otra variable, la del vínculo. El vínculo consiste en la existencia de un mundo que los dos han creado, que es independiente de ellos, pero que representa una parte de su mundo. Esta variable del vínculo ha creado la formación de realidades efectivas diferentes: mundos de trabajo, mundos afectivos añadidos, hijos y todo lo demás; el tema del vínculo siempre está presente, incluso cuando no hay vínculos que sean vinculantes, como los hijos o el trabajo en común, etc. Es el mismo tipo de dificultad que una persona presenta no sólo al separarse de un amigo con el que ha trabajado, sino al separarse de la ideología en común que tenía con

este amigo, es la dificultad en separarse de un mundo; no se trata de un discurso emocional que sólo le afecta a él.

Lo digo porque este aspecto se conoce poco, aunque resulte fundamental. Todos los problemas de separación siempre tienen que ver con la gestión de este otro aspecto, y el hecho que, en algunas situaciones de separación, el nivel emocional esté neutralizado, no ayuda a la disolución del vínculo, no la ayuda para nada. El hecho que los dos tengan también otros intereses (y por lo tanto no sólo la emotividad y la pasión con respecto al principio han disminuido mucho, sino que han cambiado de orientación); no ayuda mucho la resolución del vínculo, es un fenómeno independiente que se estudia aparte.

Desde este punto de vista cuando la interacción entre los dos llega a ser “un universo de discurso con vida propia”, este universo de discurso llega a formar parte de la identidad de cada uno y por lo tanto resulta difícil de cambiar. Es lo que sigue siendo parte de la identidad de cada uno aunque las emociones y la atracción física y/o emocional ya estén dirigidas a otra persona. Éste es el gran problema.

Los DAP, por ejemplo, nunca consiguen afrontar este problema del vínculo, ya que presentan el problema de una identidad frágil. Cuanto más, desde un punto de vista temporal, un universo de discurso ha llegado a ser parte integrante propia, más difícil es salir de él y separarse, aunque las emociones ya estén dirigidas a otros. Es esto que configura lo que muchos definen como la famosa “esquizofrenia” de los DAP, quienes pueden efectivamente estar vinculados a una persona y enamorados de otra simultáneamente, y no se trata de infidelidad; es una cuestión de identidad, porque las dos cosas funcionan de modo diferente. Muchos DAP lo afirman en sesión y en presencia del marido, no es una mentira, lo sienten de verdad; consiguen tolerar esta discrepancia gracias a un sentido de sí mismo frágil. Otros tipos de organizaciones no lo conseguirían, pero para ellos es algo tolerable. Esto se pone de manifiesto al inicio de cada relación, con el paso del tiempo el discurso cambia. Otro aspecto que se observa es que este cambio de “variables” sorprende a todos, nadie se siente preparado para enfrentarlo en el momento en que ocurre, aunque muy probablemente tiene que ver con un factor cultural. Tenemos una cultura milenaria, literaria y no sobre el amor, que siempre ha descrito este fenómeno en función de una única variable. Lo que se observa generalmente en estos “altibajos” que ocurren dentro de las parejas o en uno de los dos miembros, son las transformaciones de una de estas dos variables. Darse cuenta que cambia la imagen del otro o por ejemplo, que cambia la fase de la pasión al vínculo, es motivo de crisis para muchos. Imaginemos los DAP con el tema del “máximo imaginable”; no podrían tolerar algo de este tipo porque sería una señal que ya no están vinculados al otro y por lo tanto empiezan con la actitud constante de “poner a prueba”, empiezan con el cuestionamiento de sí mismo y del otro. Es decir, la DAP típica, la anoréxica clásica, que trae el tema del gran amor, esencial, absoluto, global, etc., que lleva una relación de tres años con el hombre de su vida, en cuanto empieza a aumentar el vínculo, le disminuye drásticamente la parte emocional; o sea la parte emocional se queda positiva pero deja de tener enormes y bruscas oscilaciones. De esta manera empiezan crisis tremendas: “le amo, no le amo; no es verdad; le pongo a prueba, me pongo a prueba; me voy con otro para ver si él se enfada, y para ver si a mí me gusta ir con otros”. Y esto ocurre casi siempre sin que haya una activación externa. Si se lleva a cabo una atenta reconstrucción se nota que lo que resulta intolerable es la percepción del cambio acerca de una propia “disposición” hacia el otro, ya que esto cuestiona la imagen de perfección, lealtad, etc. Hay fenómenos bastante importantes que no aparecen dentro de los relatos

triviales que el paciente trae: es por este motivo que el terapeuta tiene que tomarlos en cuenta más como procesos de fondo, para reconocer cuando hay una fase en que ocurre un cambio de actitud hacia el cónyuge, pero sin elementos significativos que lo justifiquen. Y por lo tanto hay que reflexionar sobre la existencia de una parte que la persona detecta, pero no acepta de sí misma. Esto tiene mucha importancia también con respecto a la evolución de las relaciones sexuales en las relaciones afectivas, es obvio que el comportamiento sexual se asocia a las dos cosas. En general hay un cambio de la calidad sexual, asociado al intensificarse y el hacerse estable el vínculo afectivo. Esto no significa que la vida sexual empeore con respecto a las fases iniciales, pero seguramente cambia la calidad. Al inicio no se hace mucho caso de la calidad, porque hay la intensidad y una elevada frecuencia. Si las parejas no manifiestan crisis por esta disminución de la intensidad, la evolución del vínculo es trabajar más la calidad que la intensidad, significa encontrar otras modalidades de vida sexual en pareja. Es un tema que implica muchos problemas, porque muchas veces un cambio de intensidad no se considera como una transformación (éste es otro fenómeno) sino que se interpreta como cesación, como un final.

8.3.4 El cambio de estro a menstruación y la emergencia del erotismo

Hago una última digresión sobre una curiosidad teórica. Si se siguen tratando estos datos se pone de manifiesto una controversia, que para la iglesia católica es la identificación entre amor y sexualidad. Las cosas son muy diferentes: en la epistemología evolutiva, por ejemplo, *los mecanismos de estabilidad y/o mantenimiento* presentan características completamente desvinculadas de *los mecanismos emergentes*.

La indicación interesante que proporciona la epistemología evolutiva es que el erotismo es seguramente el mayor descubrimiento humano junto con *el pensamiento reflexivo*, éstas son las dos emergencias significativas. Es interesante observar que el erotismo es un descubrimiento femenino. Hay un libro americano estupendo sobre esta emergencia; es de un paleontólogo evolutivo americano de la escuela de Stephen Jay Gould, William Thompson Irving, el título es “*When the falling bodies take to light*” “Cuando los cuerpos que caían se iluminaron” título bíblico. El tema era este (sin negar la importancia del pensamiento reflexivo, que se da por sentado), se explora este aspecto menos conocido, el descubrimiento del erotismo, descubrimiento esencial. El erotismo permite el proceso de humanización, el erotismo es anterior al pensamiento reflexivo, se asocia al bipedismo. El descubrimiento es femenino porque es posible que el erotismo haya aparecido cuando entre el hombre y la mujer ha ocurrido el cambio de estro a menstruación, antes no hubiera sido posible. Si se miran nuestros “primos”, incluso los monos, los gorilas, se puede ver bien qué es una hembra con el estro. La hembra con el estro presenta dos periodos de ovulación que ocurren dos veces al año durante 20 días: durante este periodo ocurren muchas cosas dentro de la manada, la hembra está a disposición de la manada entera, y la manada entera la monta, obviamente respetando la jerarquía: antes el jefe de la manada, luego los vice jefes, y compañía. La actividad sexual no presenta mucha relevancia, la monta de un mono dura más o menos dos segundos, mientras tantos los compañeros están en cola esperando, y este acontecimiento no tiene particulares connotaciones de placer, más bien es un acontecimiento que presenta una connotación de rango social, de poder. Lo que importa para un mono o un gorila es considerarse el primero de la lista, el segundo, el tercero porque significa tener la supremacía sobre los otros machos. Pero no existe *la autonomía del placer*, no hay un área

en que el perseguimiento del objetivo sea sin finalidad, o sea que se persiga el objetivo por una simple cuestión de placer, esto es inexistente en todos los primates y probablemente se debe al estro. Dentro de la manada todas las hembras son asíncronas, siempre hay una en estro mientras las otras están en un “periodo refractario” y por lo tanto se desarrollan los juegos de poder de la manada, incluso la sexualidad es parte de los juegos de rango social y de poder de la manada. En cualquier momento los machos tienen un área donde confrontarse ya que siempre hay una hembra en ovulación y por lo tanto siempre hay un momento de confrontación y restablecimiento de la jerarquía por lo que se vuelve a establecer quién es el jefe, quien está bajo del jefe y compañía y aquí se producen torneos de caballería, pero la función es ésta. Nadie se puede alejar de la manada, ya que salir de la manada significa ser eliminados de la competición; esto significa que si un macho es vice jefe y no está presente en el momento del torneo, y por lo tanto no participa a la selección de la hembra en calor, pierde el sitio y luego se ve obligado a empezar desde cero.

El cambio de estro a menstruación lo revoluciona todo, porque hace que la hembra permanezca receptiva sexualmente durante los 365 días del año, es una revolución sexual sin precedentes y significa dos cosas: en primer lugar que esta receptividad es “perpetua”, y por lo tanto significa tener la posibilidad de relaciones sexuales cualitativamente diferentes, desaparece la necesidad de estar todos juntos apasionadamente. Dicho de otra manera el macho puede conquistar una hembra y llevársela con él y esto resuelve las luchas constantes. En segundo lugar, otro punto importante, hay una primera *escisión entre la actividad sexual y la actividad reproductiva*, hay una primera separación específica en términos evolutivos. Hasta que la actividad sexual se asocia al estro durante 20 días al año, la actividad sexual está de alguna manera todavía identificada con la reproducción, y esta luz se enciende, o sea se vuelve accesible solo cuando hay un ovulo en acción. De lo contrario, mediante esta nueva modalidad, las dos empiezan a separarse, a diferenciarse, empieza a crearse una autonomía de la vida sexual independiente de la vida reproductiva, y aquí emerge el aspecto “erotismo” propiamente dicho. El erotismo persigue la actividad sexual como finalidad propia, o sea no tiene finalidad ni asociada a la actividad de poder con respecto a los otros machos, ni a la actividad reproductiva: es una actividad gratificante, que se persigue únicamente por esta razón. Este es un gran descubrimiento humano, es la base de la pareja, es la base de las relaciones familiares tal como se conocen, es la base de la estabilización de la vida en pareja que no existe en el resto de nuestros congéneres. Los paleontólogos evolutivos proporcionan más información acerca de esto: el descubrimiento del cambio al menstruación es el descubrimiento de la fase donde sucede una revalorización de la hembra que no se asocia sólo a esta revolución, sino también a los cambios de ritmos menstruales como lo son los ciclos lunares, las estaciones, la recogida de las semillas y demás, y por lo tanto el rol de la mujer en la agricultura.

Os digo esto como introducción a la epistemología evolutiva, *el erotismo como propiedad emergente*. El libro de Irving es un libro muy interesante, pero poco conocido, que ni siquiera tuvo éxito en América; es un libro para entendidos ya que plantea un discurso muy estructurado y no muy accesible. Él es uno de los autores que sabe escribir bien, le importa mucho este tema. Ha dedicado sus últimos 15 años de vida a este tema. En el prefacio explica, resaltando este tema del erotismo como descubrimiento humano (cita de memoria): “miro siempre con mucha ironía los comentarios que hacen sociólogos importantes, gente de opinión, acerca de las costumbres sociales modernas, cuando se preguntan, por ejemplo,

sobre el origen de ciertas formas sexuales elaboradas, amores orales, e intentan buscar este origen. Pero el origen, en mi opinión, es algo propio del hombre, ha nacido con él mediante el cambio de estro a menstruación; en el momento en que se define esta área del erotismo no hay una fase en que se evidencien variaciones en las técnicas sexuales, porque interviene el elemento cultural “x”. Los restos arqueológicos nos dan la razón, el libro, por ejemplo, explicaba la excavación de una ciudad, pre-sumeriana, en plena época paleolítica, en una de las primeras poblaciones. Si se considera que es una fase paleolítica, es sorprendente constatar que en algunas casas había muchas decoraciones que parecían muy eróticas, si se considera lo primitivo que es.

8.3.5 Sexualidad y estados de consciencia “no ordinarios”

Si lo miramos desde esta óptica, también la diferenciación entre estas variables pone de manifiesto cómo *la sexualidad/erotismo* por un lado, y *apego/vínculo* por otro lado, tienen funciones completamente diferentes, opuestas. Por lo general se puede afirmar que el aspecto de vínculo, o de apego, siempre es un aspecto conservador con respecto al mantenimiento de la propia identidad. Por otro lado, el erotismo/pasión, parece más un aspecto que tiende a llevar la persona hacia los límites de sí mismo, y esto cumple la función de llevar a los límites, más que mantenerlos. Hay un dato neurofisiológico interesante cuando se habla de *consciencia “ordinaria”* y *consciencia “no ordinaria”*, es que la consciencia no ordinaria está creada por un estado en que se restringe y se espesa, mientras la consciencia ordinaria es relativa a los problemas habituales. Desde esta óptica el orgasmo es el prototipo de los estados de consciencia no ordinaria, y esto explica por qué muchos pacientes tienen problemas de pérdida de control; es un tema que, en general, no se comenta mucho; la condición para tener un orgasmo, la condición que se experimenta cuando se tiene un orgasmo es la restricción de la consciencia y su espesamiento. Desde esta perspectiva la función del erotismo consiste en llevar el *self* a los límites. El apego, en cambio, tiene la función de mantenerlo.

En el espíritu contradictorio del vínculo, existe por un lado el deseo que la pareja haga cosas nuevas, cosas salvajes y por otro lado la idea que la pareja repita siempre los mismos gestos, porque estos son aspectos de confirmación/validación, que proporcionan la idea de estabilidad. Normalmente las parejas que tienen éxito en la relación son las que consiguen armonizar las dos partes. Lo más común es eliminar una de las dos partes, y esto explica la descompensación. La compensación de las dos partes es más difícil. Es importante que el terapeuta tenga en consideración estos dos aspectos ya que luego se encuentran como ingredientes de fondo en cualquier problemática de relación.

8.4 La formación

Antes de explorar la formación de una relación, habría que explorar el “*status quo* previo”, o sea cuál era el estado de activación y elaboración de la persona “antes” del inicio de una relación. Cuando se trata de la primera relación significativa, siempre hay un *contexto* que está preparado a acoger la relación que se está formando. Incluso si es la fase inicial de una relación, el contexto explica cómo ha ocurrido la maduración durante la adolescencia, cómo se han convertido en “hombre” o “mujer”, cómo han llegado a gustarse uno a otro, cómo “ha emergido”, y en función de cómo se gustaban “cuanto uno mismo se considera idóneo” hacia el otro sexo.

Este es el contexto de base que se construye cuando se explora la primera relación en

el caso de que no haya relaciones anteriores. Esto es lo que permite empezar a definir cuál es el proceso de selección. O sea el contexto de la persona interesada nos proporciona su *canal de receptividad* y aquí se puede empezar a entender o a establecer las conexiones con las cuales este responde a otra persona: es como trazar un mapa mínimo de la receptividad de su persona. Esto significa tomar en cuenta todo el contexto de maduración anterior, de la confrontación con los coetáneos, la educación en casa y el nivel de activación de su “estándar” en el aspecto afectivo, o sea la “idoneidad hacia el otro sexo” del paciente, que se mantenía estable antes de la emergencia de la primera relación en cuestión.

Luego pasamos a explorar la formación de la relación. En la fase de formación hay que explorar dos puntos: cómo se han conocido los dos miembros de la pareja, y, en un primer nivel general, cuáles son los mecanismos que se desencadenan ya que estos mecanismos son los cimientos de la relación. No hay que dar nada por sentado, ya que encuentros hay muchos, pero pocos desembocan en relaciones. Sin embargo, frente a algunas personas se despierta la curiosidad de profundizar el conocimiento. Hay que regular bien esta progresión de conocimiento personal a conocimiento más profundo, quien es el que toma la iniciativa de profundizar y cuando llega el momento en que los dos se hacen novios: este es un aspecto que hay que aclarar ya que muchas veces las personas lo pasan por alto, explicándose como una fase natural, espontánea, de la que se ha perdido el rastro, pero nunca es así.

Desde el punto de vista de la reconstrucción de percepción del otro, lo que importa es llegar a definir bien el proceso de “hacerse novios”, porque es la primera reformulación del vínculo. En general “hacerse novios” define la naturaleza del vínculo, y luego define la naturaleza de la complicidad entre los dos: *la definición de las reglas nunca es verbal, siempre es implícita* y por lo tanto hay que reconstruirla no tanto basándonos sobre lo que cuenta una persona sino a partir del contexto entero de la acción. Por ejemplo la persona en cuestión puede recordar: “él un día me dijo “¿quieres ser mi amiga?” “quiero algo más consistente”. El proceso habría que reconstruirlo partiendo del contexto anterior; dentro del contexto hay que explorar: hasta qué punto ella se había dado cuenta del proceso anterior, y cómo, en este darse cuenta del proceso intenta eludirlo porque desea que fuese él que lo definiera. Los tratos empiezan a ser estos, quién mantiene la relación y quién no la mantiene, quién se ha encargado de “romper” y quién se ha encargado de reajustar las rupturas: estos tratos nunca se comentan, pero se hacen evidentes a partir de cómo se lleva a cabo el proceso. Cuando, por ejemplo, él decide que es el momento de hablar de algunas cosas con ella, ¡vaya coincidencia!, se produce un desajuste entre los dos, y durante tres días no se hablan. Él se vuelve loco buscándola hasta que la encuentra y le comunica que tiene que decirle algo importante. Estas ya son definiciones de los roles, de los roles emocionales en que los dos se integran: esto se define como complicidad emocional. Si se entienden estas reglas se entiende las acusaciones recíprocas que se harán en situaciones futuras, se puede entender el resentimiento por parte de ella, cuando en el futuro frente a su propio fallo, ella acusará al otro de haberlo tomado a mal, porque el contrato no explícito entre los dos consistía en esto, en que ella le había elegido para que él le asegurara reajustar las rupturas que ella hubiera podido provocar mediante su propia impulsividad. Un día, después de 6 ó 7 años, ella comete un error “x” y él se enfada y ella toma su enfado como una trasgresión.

8.5 El mantenimiento

Podemos empezar a reconstruir el mantenimiento como consecuencia directa de las reglas que se han comprobado en la fase de formación, porque el mantenimiento es simplemente la aplicación de estas reglas. En el momento en que se hacen novios, los dos estipulan un contrato: el mantenimiento de la relación se convierte en la manera en que este contrato se manifiesta. Si queda clara la manera en que se ha formulado el contrato, quedan claras también las líneas dentro de las que el mantenimiento se desarrolla, y por lo tanto cuáles son las posibles “trasgresiones” por parte de uno u otro, el tipo de direccionalidad de la relación y los posibles “conflictos”.

Hay que reconstruir todos los contextos, porque la gente a veces comenta: “estuvimos juntos siete años y punto, todo iba bien pero luego nos cansamos”. No les queda claro que hay que llevar a cabo un cierto tipo de trabajo para mantener una relación. Parecen cosas superficiales, pero no lo son. Es importante explicar que se necesita explorar juntos las áreas de la relación en las cuales la pareja se pone en contacto directo con las emociones, y esto ocurre mediante los cariños, la caricias (intercambio de emociones “positivas” de expansión) y cuando se discute (intercambio de emociones “negativas”); hay que examinar los dos momentos con claridad. Se intenta reconstruir una situación típica de discusión en la pareja, ya que esto da una idea clara de base acerca de la evolución, del funcionamiento del contrato recíproco, el contrato de “los primeros 5 minutos”. Frente a la discusión de base se reconstruye cómo empieza la discusión, quién la lleva; esto hay que explicarlo porque, de lo contrario, parece que las discusiones se conducen por sí mismas (hay una voluntad específica de que continúe por parte de los dos), y tras el enfrentamiento quién de los dos es él que toma la responsabilidad de reajustar las roturas. Normalmente una evolución de este tipo muestra bien ejemplificadas las reglas básicas del contrato.

Dicho esto, la manera de ver la aplicación de estas reglas definidas anteriormente, consiste en explorar de manera más profunda las áreas que son características del mantenimiento de cualquier relación. Indicaré más adelante dos características principales.

8.5.1 *El grado de comunicación emocional: la expansividad*

La primera área es de carácter emocional. Es la que señala de que manera los dos están en contacto directo con sus emociones, cuales son las áreas, las zonas de las relaciones en que los dos se ponen en contacto directo con las emociones, no con los pensamientos, los discursos o las ideas. Hay que tomar en consideración que dentro de una relación emocionalmente significativa, siempre existen áreas, aunque limitadas, aunque solo de una hora de duración, donde se está en contacto con las emociones: es una necesidad, es como decir que no podemos dejar de dormir o comer. Por lo tanto el problema siempre es reconstruir cómo ocurren estas áreas de contacto directo con las emociones. Es obvio que lo ideal para el terapeuta sería que estas áreas fueran administradas por la pareja mediante lo que en un sentido común se llamaría *la expansividad*, o sea la manifestación directa e intencional de las emociones que una persona suscita en la otra. La expansividad consiste principalmente en esto, manifestar al otro las emociones que éste suscita. Normalmente esto casi nunca ocurre ya que hay procesos de exposición de la emoción que son muy mediados y por lo tanto hay que explorar las áreas de la expansividad directa. Por expansividad directa no quiero decir el área propiamente sexual, el área sexual casi nunca se explora en la situaciones de relación afectiva. Casi nunca se explora por muchas razones, en primer lugar

por razones de discreción por parte de la persona; normalmente se explora sólo cuando la persona lo pide. No es necesariamente indispensable, porque la misma información se pueden deducir de las áreas emocionalmente significativas y profundas. La vida sexual sigue fielmente la evolución general del nivel emocional pero no en una modalidad “uno-uno”. En general las áreas más significativas, desde este punto de vista, son las áreas de la agresividad. Frente a las parejas más contenidas, y menos expansivas, los momentos de contacto directo con las emociones son los momentos en que discuten, y son estos los momentos fundamentales, casi las “claves de acceso”. En el proceso de mantenimiento de una relación hay que prestar mucha atención a la agresividad recíproca y por lo tanto a las áreas de discusión; se reconstruyen atentamente los mecanismos típicos de las discusiones. Quién las empieza, quién las dirige, quién las interrumpe. Al llevar a cabo esta reconstrucción encontramos una de las primeras veces que se manifiesta una aplicación directa de las “reglas de los primeros 5 minutos”, las del proceso de “hacerse novios”. Se encuentran justo aquí. Poniendo el caso de la pareja hipotética que estuvimos comentando anteriormente, se nota como en un momento determinado es él el que reajusta las rupturas, aunque el inicio de la discusión pueda variar, a veces es ella la que empieza, a veces es él, pero la secuencia final siempre es la misma: es él quien reajusta las roturas de alguna manera, siempre es él quien restablece el contacto. Cuando tenemos la posibilidad de ver al otro miembro de la pareja, observaremos la prisa del otro en reajustar la ruptura. Lo usual es que las discusiones siempre se consideran como algo negativo, algo malo, de lo que no se tiene que hablar; por esto es útil redefinir la discusión desde otra óptica, porque el signo que se le atribuye, negativo o positivo, depende de las normas sociales; estos momentos son momentos en que las personas están en contacto directo con las emociones. En mi experiencia puedo afirmar que las peores parejas que he visto han sido las parejas que nunca discuten; porque son parejas que no tienen ningún tipo de relación. En una pareja una buena discusión con una buena resolución es un índice saludable: significa que existe un buen intercambio emocional; los intercambios emocionales presentan una inmediatez que asume siempre estas formas dramáticas, es parte de la emotividad: el problema es la capacidad que presentan en saber oscilar entre los planos. Por ejemplo, a las 19.30 pueden tirarse los platos por la cabeza, y a las 20.30 celebrar el aniversario, lo que importa es explorar la oscilación que se ha presentado durante esta hora, el tipo de experiencia objetiva que ha concluido de este conflicto; este tipo de discusión es la señal de una “buena salud”.

8.5.2 El grado de “apertura” a otro: la “disclosure”

La segunda área es la “comunicación existencial”; es una área que se empieza a explorar a poco a poco. El primer nivel de construcción consiste en explorar la percepción de la pareja como aliado, cómo se percibe a la pareja y cómo se experimenta la apertura al otro, *el revelarse a la pareja* (el término inglés *disclosure* significa mostrarse al otro).

El problema de la comunicación es éste: explorar los problemas significativos, los más típicos de una persona, los problemas que son relativos a las temáticas personales, tipo la idea de valor o no valor, el sentirse personas exitosas o fracasadas, la idea de ser competentes en el trabajo, en la comparación con los demás colegas, los temas que pertenecen a la intimidad del *self*; hay que explorar cuánto una persona comparte con el otro miembro de la pareja, y cuando comparte, cuál es el proceso que le impide compartir. ¿Acaso es no tener garantías sobre el tipo de complicidad con la pareja lo que lo impide? (el famoso dilema de los

prisioneros³²) ¿o el problema es modificar la imagen que la pareja tiene de sí misma? Siempre es un proceso importante, parecería inmediato, pero es otra cosa, como lo es para la expansividad. Una vez que se han identificado los temas vulnerables asociados con la amabilidad y el valor personal, se explora cómo estos temas se asocian a la pareja. Para reconstruir este aspecto, en primer lugar, se exploran los contextos de la persona, el trabajo, la vida social. Se reconstruyen rápidamente las expectativas hacia la pareja; en este punto es posible llevarlo a cabo; a continuación se reconstruye el sentido de sí mismo que deriva de la forma en que estas expectativas se hayan cumplido; pero esta es una pregunta final.

El grado de comunicación emocional y el grado de apertura hacia el otro (*disclosure*) son criterios “internos” a la pareja, son parámetros y variables internas.

En el mantenimiento de una relación hay que explorar también todos los parámetros externos, o sea las incidencias externas, por ejemplo: cambios en el trabajo, de residencia, muerte de un padre, enfermedades recurrentes, nacimiento de hijos.

El nacimiento de un hijo provoca reorganizaciones significativas dentro del contrato matrimonial, aunque éstas no modifiquen el contrato. De todas formas son momentos de desequilibrio con respecto al equilibrio que la pareja había conseguido; son momentos que exigen la necesidad de buscar un nuevo equilibrio. No es una casualidad que, a propósito del nacimiento de un hijo, los pacientes empiecen a manifestar psicopatologías, pensad en los fóbicos.

Quizás el fóbico en cuestión se comprometió con éxito hace 5 años. Imaginémos que después del nacimiento del primer hijo había conseguido mantener un equilibrio entre la mujer, el hijo y el trabajo. Se había “cuadrado el círculo” entre protección-constricción y libertad, un equilibrio que le hacía sentir vinculado a ciertas reglas en casa ya que se veía responsable de mantener al hijo y a la mujer, pero estas reglas no eran tan fuertes como para que él se sintiera constreñido, disfrutaba aún de cierto espacio de libertad: se entiende que con el nacimiento de un segundo hijo se impone, a un nivel elemental, una redistribución de las tareas del hogar que él percibe como una restricción de la libertad personal sin que haya ocurrido nada en la pareja. En una pareja con un miembro DAP, el hijo es como el “elemento de prueba”: hay que demostrar ser una buena madre, no solo al cónyuge, a los padres, a los suegros, sino también a sí misma; por lo tanto frente al primer hijo se creía haber aprobado el “examen” con buenas notas, frente al segundo (en esta fase he visto muchas depresiones “post partum”, situaciones clínicas graves y la mayoría de estas pacientes eran DAP que habían vivido el embarazo como la “prueba significativa”, como si se fueran al M.I.T para hacer el curso de maternidad frente a los premios Nobel, donde se decide el propio destino de la mujer) ante la primera crítica del marido, concluían que habían fracasado en esta prueba, y por lo tanto empezaban a desarrollar reacciones de pérdida. Se habían preparado durante 9 meses, habían estudiado todos los alimentos para el cuidado del bebé, y una vez que el niño había nacido, una sola crítica del marido acerca de la manera de dar la leche al niño, le hacía sentir en vano su preparación a lo largo de los 9 meses anteriores, puesta en evidencia por esta confrontación.

Es importante explorar las oscilaciones de una pareja en estas circunstancias, porque proporciona otra serie de datos acerca de la ductilidad y la capacidad de manejar las reglas del contrato, o sea proporciona la idea de la rigidez de estas reglas y el grado interno de flexibilidad. Obviamente el grado de rigidez y flexibilidad dependen del nivel concreto y de abstracción con que se han formulado estas reglas, y el nivel concreto en que los dos

contrayentes toman estas reglas, las cuales dependen de sus características personales.

8.6 La ruptura

8.6.1 Luto y separación: analogías y diferencias

Otro punto que se tiene que explorar es cómo se desencadena la ruptura, la separación. En mi opinión la separación es la parte más importante con respecto a la relación entera, es la más importante desde varios puntos de vista.

En primer lugar para nosotros, en calidad de observadores, porque en la fase de ruptura de una relación se hacen muy evidentes *los procesos centrales de la persona*. En las fases de ruptura de una relación estos procesos centrales de la persona llegan a ser evidentes casi como los efectos del apego durante la fase evolutiva, porque se ponen de manifiesto los patrones elementales, o sea los que surgen sin mediación.

Además, la separación es la parte más importante de una relación a nivel cuantitativo: en general en una relación significativa, aquí se detecta la diferencia con las relaciones no significativas, la separación es la parte de la relación que ocupa la mayor parte del tiempo de una relación, o sea ocupa más tiempo que la suma del tiempo ocupado para su formación y mantenimiento. En las situaciones de pareja de nuestra generación, se nota cómo, por ejemplo, frente a separaciones ocurridas después de 10, 12, 15 años de matrimonio, la separación ha ocupado la mayor parte del tiempo, o sea los dos llevan 12 años juntos y de estos 12 años han tardado 7 en separarse. O sea la primera vez que se han dicho “separémonos” ha ocurrido 7 años atrás con respecto a cuando se han separado de hecho, antes han hecho unas pruebas de separación, luego las contra-pruebas, “estuvimos 3 meses separados”. Esto ocurre porque la separación no es un proceso simple, incluso es el más difícil que existe, porque es el que influye más en el cambio del sí mismo. La función del mantenimiento es la inclusión de la percepción y de la dimensión de otro dentro del sí mismo personal, es el proceso de asimilación; es un proceso que ocurre casi por su cuenta, lo más complicado es “eliminar” esta parte. La separación afectiva, no es una simple separación física. Esto muestra que hay diferentes niveles de separaciones, algunas de las cuales nunca se llevan a cabo, no se cumplen. En la *separación afectiva* el proceso es más complejo que en el duelo, porque en este hay solo la pérdida física de la persona, que no es algo simple por supuesto, pero falta otro elemento que es lo que crea más malestar en la separación afectiva: la pérdida de la imagen de la pareja que la persona se había creado. En el proceso de afectividad como mecanismo autorreferencial lo que importa es que la percepción de la pareja se incluye en el sentido de sí mismo, y por lo tanto significa que la imagen de la pareja que una persona se ha creado, llega a ser una manera en que esta persona se percibe a sí misma. En la separación física (luto) este aspecto permanece íntegro, o sea no hay que cambiar la imagen del otro que una persona se ha creado y que por lo tanto se ha incluido dentro de los esquemas del sí mismo. No sólo la imagen no cambia, sino que se amplifica, intensifica, o sea si antes la pareja tenía una “intensidad 30”, después del luto adquiere “60”, “90”: el luto implica la absolutización de la imagen de la pareja, la imagen llega a ser “normativa de realidad”. Por lo tanto dentro de ciertos límites es una tarea más accesible, un proceso más simple y breve.

El problema de la separación afectiva, por un lado, se parece a un luto, por otro lado, es opuesto, o sea que lo que se pierde no es la persona física, sino la imagen que se tenía de

esta persona, un soporte del sí mismo. Este proceso puede ocurrir en una situación aparentemente discrepante o contradictoria, en la que la persona continúa estando presente físicamente, y continúa interactuando con esta pero deja de validar la imagen que es necesaria para el mantenimiento de sí mismo, y de una dimensión de vida. Esto indica la dificultad de elaborar una separación afectiva y que para elaborarla se necesita de un tiempo más largo con respecto a todo el tiempo implicado en la relación.

Los motivos de la ruptura se deducen del tipo de contrato. Cualquier contrato contiene las condiciones implícitas de su disolución, y en general los motivos de ruptura tienen que ver siempre con estas condiciones. El proceso elemental siempre es éste: uno de los dos miembros rompe las reglas del contrato, el otro miembro por lo tanto se hace su defensor, y aquí empieza el “enfrentamiento”, la escalada simétrica entre los dos. En general el periodo central que sirve a la definición del contrato de la separación depende de esta escalada simétrica: uno trasgrede las reglas y el otro las reconfirma mediante una atenta observancia de éstas. Cuando la escalada llega a un cierto grado de intensidad, esta intensidad impone a los dos un salto de meta-comunicación, como había ocurrido durante la formación, y los dos empiezan a hablar abiertamente de la disolución del contrato. Este es el inicio del proceso, porque desde cuando empiezan a comentar la disolución hasta cuando lo disuelven, realmente pasa mucho tiempo. Se tiene que prestar mucha atención a esta fase, como a la formación, aunque tarde mucho más. En primer lugar hay que explorar los procesos internos y externos que llevan a la meta-comunicación “separémonos”, luego se presta atención a cómo se lleva a cabo esta decisión y las oscilaciones mediante las cuales ocurre. Lo que se puede observar en los relatos de las parejas en terapia, o los relatos de los amigos, o lo que se ve en las películas, es que se dejan y luego vuelven a estar juntos otra vez, vuelven a intentarlo; y esto es normal, porque la evolución con la que se lleva a cabo una separación siempre es un proceso oscilante, hay un continuo alejarse y acercarse. Es igual a lo que se podía observar cuando estuvimos comentando la separación del niño, o sea que frente a cualquier alejamiento de la madre, progresivamente aumenta el área de exploración. O por ejemplo, frente a la separación del adolescente se verifica un aumento de la distancia y luego súbitamente una solicitud de protección, siempre hay ambivalencia en la manera en que se pide a los padres la autonomía, y en esta solicitud se niega que se trate de autonomía; esta ambivalencia, esta oscilación son típicas de cualquier proceso de separación, incluso para los adultos.

Para los terapeutas es importante observar las características de esta oscilación y ambivalencia ya que muestran los mecanismos inmediatos de mantenimiento del sentido de sí mismo. La separación muestra una imagen casi directa de los procesos centrales de mantenimiento de los esquemas invariables del sí mismo.

8.6.2 Técnicas de conducción de la entrevista

Tanto dar explicaciones como la construcción de los contextos se aplica igualmente cuando se analizan los procesos de separación, ya que sin la construcción de estos, al paciente por sí solo le resulta difícil la emergencia de los procesos de la formación y del mantenimiento. Casi siempre se nota que las personas no entienden el proceso de separación. Sólo saben culpar a la pareja de haber causado la separación. Reformular los contextos significa explicar en qué consiste una separación, explicar por qué la separación es un proceso lento y que se lleva a cabo pasando por unas fases. Separarse significa modificar el sentido de sí mismo;

ya que el apego adquiere un significado central en el sentido del sí mismo; la separación no es un proceso que sigue su curso sin más, sino que hay que trabajar mucho en esto. El terapeuta tiene que especificar este aspecto, porque explicándoselo y llevando al paciente a este contexto específico, orienta su entendimiento del periodo sucesivo a la separación. De lo contrario no tendría ninguna indicación acerca de los años sucesivos a la separación, sólo los interpretaría como una época de vacío sin saber explicar otras cosas. Si el terapeuta le proporciona esta perspectiva de las fases de separación, le otorga una red mediante la cual puede empezar a reconstruir estos años e incluir los recuerdos de aquella época. Esta modalidad sirve para que el paciente comprenda que el proceso de separación no es tan obvio. Una vez el terapeuta construye la red para poder analizar el proceso de separación, hay que conocer la organización de la persona: si ya se poseen algunos datos acerca de su organización, se pueden utilizar para empezar a analizar los procesos de separación, ya que todas las emociones “libres” que surgen de la primera fase de la separación, son emociones “libres” entre comillas, ya que emergen a partir de la organización correspondiente. En esta fase todos reaccionan mediante el componente de significado emocional, cognitivo y motórico. Igualmente, los tipos de explicaciones correspondientes se asocian a la organización.

8.6.3 La separación en las diferentes organizaciones

Con los FOB nunca se encuentra una conexión directa. En este caso el trabajo consiste en encontrar la conexión entre la emergencia de las emociones intensas (en el fóbico estas emociones se asocian siempre al tema de pérdida de control y amenaza física) y una alteración del balance afectivo. Este trabajo resulta fácil en el caso en que se haya verificado una verdadera separación mientras que resulta más difícil cuando sólo ha ocurrido algo que ha modificado la imagen de la pareja. Para un fóbico, que presenta un contenido emocional de pánico y pérdida de control, el comportamiento motórico y cognitivo siempre es de negación de la separación ocurrida. El sentido de falta de protección y la reducción de la autonomía motórica es el mecanismo inmediato con el que reacciona. Un fóbico que presenta síntomas agudos de agorafobia, con una limitación de la autonomía motórica, evidentemente representa que ha habido una modificación reciente de la modalidad de protección mediante la cual percibía una relación afectiva significativa para él. Para un hombre fóbico, la separación es el “control físico” de la mujer en una medida de posesión erótica, de supremacía sexual. Frente a un fóbico que está a punto de separarse, se nota que todos los momentos en que intenta acercarse a la mujer, son momentos en que pierde el control sobre ella: en cuanto pierde el control sobre “lo que la mujer hace”, inmediatamente pone en marcha uno de los comportamientos típicos, va por ella, le echa un polvo rápido y se va. Es una manera de expresar el poder en la relación, con los aspectos formales del fóbico, el comportamiento “un polvo rápido” tiene la finalidad de comprobar que ella está todavía disponible para él, si le encuentra todavía atractivo y por lo tanto el tipo de control que todavía puede ejercer sobre ella. Este proceso sería inexplicable analizándolo desde otro punto de vista; lo que ocurre con muchos de estos pacientes es que pasan de la mujer durante dos meses, o sea mientras perciban que ella está sufriendo el desinterés por parte de él, la ignorarán, en cambio cuando se dan cuenta que ella, por ejemplo, se ha ido sola de vacaciones de verano le surge la “impaciencia”, se inquieta hasta que consigue follarla. Una vez que se ha acostado con ella se vuelve a sentir bien y vuelve a ignorarla durante los dos meses siguientes. Esta es la manera mediante la cual un fóbico organiza estas oscilaciones. Esos son los elementos importantes

para explorar los “marcadores”, los que confieren el sentido del sí mismo a las personas, aquello que les hace sentir peligro, y que esta persona necesita volver a poseer. La separación se lleva a cabo cuando la persona cambia gradualmente el sentido de sí mismo sin grandes oscilaciones, y es por este motivo que cuando la persona manifiesta oscilaciones significativas se activa para recuperar lo que ha perdido. Esto es lo que ocurre en la adolescencia: el adolescente tendría que cambiar la imagen de sí mismo sin demasiadas oscilaciones, sin experimentar una interrupción de la identidad personal; esto es lo que ocurre también en la separación. Cada miembro de la pareja experimenta aproximaciones y alejamientos, siempre en función de sus criterios de significado personal en los que es vulnerable.

P: *Vittorio, y ¿aquellos que, según el chisme, bajan a comprar tabaco y se esfuman, significa que ya le ha ocurrido algo anteriormente?*

R: Tendrían que explorarse uno por uno; en general son DEP con parejas DAP, son los clásicos, y es la manera típica de cerrar una relación como “un llanero solitario”, montan a caballo y se van ¿dónde buscarlo? No dejan rastro. Estas oscilaciones y el tipo de ambivalencia se tendrían que reconstruir porque son las que se asocian a los procesos de fondo. El DEP tiene una separación activa de tipo abandonista, focalizada en “el esfuerzo”, en general el abandonado activo, es quien decide que la relación se ha terminado, corta cualquier intento de reconciliación por parte del otro hasta que éste se rinde. Nunca plantea la voluntad de interrumpir una relación, pero es súper activo en provocar que lo haga el otro; hace de “sparring”, se mete en las más absurdas situaciones, las situaciones en que todos pensarían que le van a matar. El depresivo siempre lleva a cabo “una prueba sobre sí mismo”, o sea provoca al otro para que éste lo golpee. No hay que dejarse engañar por su aparente actitud pasiva, de víctima. El acto conclusivo puede pertenecer a él o no, pero es un acto inmediato, brusco y definitivo, corta con lo que hay detrás; como comentábamos antes, se va a comprar tabaco y desaparece.

El depresivo es el más fácil de reconocer, porque tiene reacciones depresivas intensas que llegan a ser catastróficas, aunque muchas veces no están relacionadas con el acontecimiento. No se asocian al acontecimiento porque no lo toman en consideración, como para el FOB que “no lo conecta”; no se detiene a considerar el acontecimiento porque no considera la causa de la separación como la causa de estas depresiones, ya que la separación era algo esperado, algo que él ya preveía que ocurriría. La discrepancia en los depresivos consiste en que estos siempre se consideran mucho más fuertes de lo que realmente son frente a la sensibilidad de las pérdidas. Se consideran más fuertes porque las conocen, las buscan y las esperan. El hecho de conocerlas (es uno de los casos en que el punto de vista subjetivo se anula en el objetivo) le proporciona la idea que la depresión que lleva en el momento actual no puede depender de la separación ya que él ya lo preveía; desde hace tiempo sabía que esta relación terminaría. El depresivo tiene las reacciones más intensas, catastróficas, generaliza esa impotencia a cualquier situación, hasta llegar, en algún caso, a reacciones de “estupor” que le llevan al ingreso hospitalario. Para algunos depresivos, si no se verifica un desplazamiento del significado personal en una medida más abstracta, cuanto más se hacen mayores tanto más aumentan estas reacciones hasta llegar a ser un signo distintivo, tanto que los depresivos aparecen como muy repetitivos, exasperantes. Son los depresivos que viven duelos también de relaciones poco significativas, incluso un *flirteo* desencadena estas reacciones ya que también una relación de pocos días con un persona llega a ser una confirmación de este sentimiento de soledad.

Una paciente depresiva de 32 años, que tuvo hace un año, con la que pude hacer un discreto trabajo presentaba este problema a un nivel muy grave con cada persona que conocía, incluso durante muy pocas horas: conocía alguien en una fiesta, por ejemplo, éste le pedía el número de teléfono y luego no la llamaba. No había ocurrido nada entre los dos, ni siquiera habían quedado una vez. Y por este acontecimiento ella tenía reacciones depresivas gravísimas durante un mes; durante los primeros 5 días presentaba síntomas de estupor con una inversión de los ritmos entre sueño y vela y se cerraba totalmente hacia al mundo exterior.

Un DAP durante esta primera fase reacciona diferentemente, presenta emociones de anulación, ineficacia personal, vacío y lleva acabo atracones bulímicos o reacciones anoréxicas. Intenta compensar esto con una persona de apego sustitutiva, aunque esto no le impida el desarrollo de emociones que le provocan malestar. Estas emociones tienen una evolución diferente, tanto si se trata de un componente anoréxico, ganadora-hiperactiva, como de una bulímica u obesa.

Frente a una anoréxica clásica la separación se pone en marcha siempre con un significativo control. Cuanto más las emociones son significativas, más intenso es el control, esto puede llevar a la emergencia de una reacción anoréxica definida, que empieza con una híper actividad durante muchas horas al día, restricciones alimentarias, hasta llegar a un episodio anoréxico específico. La obesa reacciona con apatía que a veces se puede confundir con el estupor depresivo, la disminución motórica es impresionante y durante la primera fase, la fase de las emociones libres, presenta atracones bulímicos. Durante esta fase es más difícil el control de estas emociones ya que se manifiesta un fuerte sentimiento de vacío. Sobre todo en todas las fases en que ella se impone un entrenamiento del control. No es casualidad que los atracones bulímicos ocurran durante la noche, cuando no pueden dormir, los perciben mucho más intensamente. De día los controlan mejor porque la atención está orientada hacia el exterior.

P: *¿Y el DAP masculino?*

R: Para el hombre DAP, lo que importa es que la mujer piense en él y si los otros hombres que han tenido relaciones con la mujer después de él han tenido problemas de enfrentamiento con su imagen.

Para un OBS el tema de la separación consiste en alcanzar la certeza de la infalibilidad con respecto al error, los temas de acercamiento son estos: se encuentra en una fase de separación de la mujer, pero cuando constata que la mujer se encuentra con problemas vuelve inmediatamente a casa; a pesar de esto su problema es entender cuál ha sido su error. Se pregunta si la mujer sufre para “reprochárselo” o si sufre porque pasa por dificultades económicas; éstas son las dudas que le llaman la atención.

8.6.4 El “duro trabajo” de la separación

P: *Perdona Vittorio, una vez ocurrida la separación.... A los siete años es fácil mirarlo como una separación. Pero ¿qué es lo que lo diferencia, por ejemplo, de una discusión, un distanciamiento, una reorganización de dudas internas, un reajuste de la relación que podría seguir durante los sucesivos 25 años?*

R: Hay que explorar las reglas, no existe un criterio externo. Nuevamente nos encontramos frente a los temas de fondo. No hay un orden exterior unívoco, se trata de tomar el hilo de una relación desde el inicio, cuando los dos se conocen por primera vez y definen

las reglas de estar juntos, y cómo estas reglas se observan. No hay ningún criterio exterior, una pareja se evalúa sólo en función del orden interno que la misma pareja se ha impuesto, en base al contrato de pareja y al tipo de “universo de discurso” que deriva de este contrato. En base a esto un terapeuta puede evaluar la manera de funcionar de la pareja y la fase en que se encuentran, por ejemplo, si es una fase de reorganización o de ruptura. No existen otros criterios con los que se pueda llevar a cabo.

Por lo tanto en el proceso de separación se evalúa, además del proceso oscilación/ambivalencia que pertenece al mundo externo, el proceso interno de la persona. La separación afectiva, desde un punto de vista interno, sigue las mismas líneas de las fases de elaboración del duelo, aunque presenta muchas diferencias.

Las fases generalmente son: la primera “pone en marcha” la separación, es la fase de las emociones que provocan malestar, las emociones “sueltas” y poco controlables, como ocurre en un luto. Hay una diferencia: los famosos 7 años que los dos tardan en separarse, no se consideran como separación. Una separación implica un tiempo de 7 años para que concluya definitivamente y estos años no atenúan el impacto de la separación cuando ésta finalmente ocurre. Hay una diferencia significativa entre el “hablar” sobre la separación y los “actos” de la separación: *el luto se experimenta en el acto*, exactamente como la muerte anunciada (el duelo en vida) de una persona significativa, esto “prepara poco” para el momento en que se produce y se participa en el fallecimiento. La separación empieza cuando los dos se separan físicamente: no hay que caer en la trampa de quien dice que se ha separado, pero vive todavía con la pareja. Irse de casa es el acto fundamental, aquí empieza el duelo, no es una formalidad. Aquí se desatan las emociones en libertad como en el luto. La fase puede tardar bastante, como ocurre en el luto, depende de hasta qué punto la persona niega el proceso de separación. Pensad que, si es posible negar un luto ocurrido, imaginarnos cuanto más posible es negar una separación afectiva. Aquí se entra en el mundo de todas las posibilidades, aquí la gente hace lo que le da la gana. El luto es difícil negarlo, en la separación, en cambio, las posibilidades son infinitas. La persona es arbitro de sí misma, si quiere puede tener abierta esta cuestión durante toda la vida. Aquí se ve hasta qué punto es maleable la realidad: el otro físicamente está presente, la persona sólo tiene que cambiar la imagen del otro y la puede cambiar como quiera, puede ver al otro momentáneamente inaccesible, puede vivir el hecho que la pareja se ha vuelto a casar con otra persona como una prueba de su gran amor, y que, a partir de este segundo matrimonio, él comprenderá cuanto ella es importante para él; puede creer lo que quiera, hay un amplio margen.

Si se toma en cuenta este hecho, que la esencia de la separación siempre es el cambio de la imagen del otro, se pueden entender algunos fenómenos que vistos desde otro punto de vista, parecerían absurdos, impensables: dos personas que llevan de manera oscilatoria un aproximación y alejamiento extenuante, que se tratan mal, se insultan, se provocan. Todo esto no es gratuito, no es una preferencia masoquista o sádica, o tonterías de este tipo: *es el último acto de complicidad entre los dos*, los dos están haciendo un nuevo trabajo juntos. En este trabajo de insultos, de perrerías que se hacen, se están desmontando recíprocamente la imagen, de lo contrario, no hay manera de separarse. Porque una persona para separarse de otra necesita percibir, y no sólo pensar, que el otro no es indispensable, y esto sólo puede ocurrir si se “desmonta” la imagen de la pareja, y este desmontar es posible sólo cuando en la fase de los insultos el otro empieza a mostrarse de una manera que nunca se hubiera podido imaginar, esto se lo hacen recíprocamente, uno al otro. Si se mira desde este punto de vista,

se nota que es el último acto de complicidad de una pareja, como si se situaran frente a una pared y empezaran a derribarla a patadas, haciéndose mucho daño. En cada patada se rompen una pierna, pero se derriba un ladrillo. Es un “trabajo” que sirve para esto, nunca son actos solamente repetitivos y sin finalidad. Luego cuando se reconstruye este proceso paso a paso, todo el mal, las discusiones, los insultos, los despechos, si el terapeuta no se deja llevar por las secuencias de los acontecimientos externos sino reconstruye los estado de ánimos que se asocian a estas secuencias de acontecimientos, nota que internamente hay un progresivo “desmontaje” de la imagen del otro, desmontaje de los criterios esenciales que son la indispensabilidad, y la fundamentalidad, el sentimiento de centralidad en la propia existencia. Es un trabajo que hacen los dos, y es por este motivo que nunca nos separamos solos. Cuando el otro es parte de los mecanismos del mantenimiento de sí mismo, se necesita desmontar este andamiaje, y no es un proceso que se lleve a cabo racionalmente, hay que producir representaciones “alternativas” de sí mismo y del otro, incompatibles con la imagen actual del otro.

8.6.5. *La superación de la separación: “la contrahistoria”*

Lo más importante es que el terapeuta pueda detectar cómo la persona empieza a plantearse el problema de la separación, a partir de las primeras fases de formación y mantenimiento. Según cómo se las plantee, dependerá la fase central, la superación de la separación, que es la fase que consiste en construirse una *contrahistoria*. La *contrahistoria* es el proceso a través del cual se cambia la imagen del otro y por lo tanto cambia la imagen de sí mismo: no es un proceso metafísico, es un trabajo de reelaboración, una *contrahistoria*, que explica todos los datos de información que el paciente tiene sobre esta relación.

Este periodo de reelaboración ocupa todo el tiempo de la separación. En una separación afectiva el periodo de elaboración dura más que el periodo del luto, un luto tiene en promedio un año de duración, en el caso de la separación afectiva es el doble del tiempo, suponiendo que siga un buen ritmo. La mayor parte del tiempo está ocupado por la *contrahistoria* y el proceso depende de cómo se hace esta *contrahistoria*, depende de lo exhaustiva y precisa que sea la *contrahistoria*, de hasta qué punto puede asimilar todos los detalles. Es como si se mirara una película, y la mirara como si fuera una comedia y en la última escena descubriera que se trata de una película de terror: en este punto se tiene que reconsiderar toda la película en función de las nuevas conclusiones y donde se había visto una sonrisa, se interpreta ahora como una señal del asesino. Hay que reconsiderar todo aunque las imágenes no cambian.

P: *Perdona, ¿la separación dura dos años, independientemente del tipo de organización?*

R: ¡Si va bien! Es un proceso largo, me refiero siempre a procesos afectivos significativos.

P: *La contrahistoria ¿puede concebirse cuando la relación está en curso, o sea antes de la ruptura oficial?*

R: Normalmente no. Es como si se pudiera aceptar que alguien ha fallecido antes de haberse muerto; claro, se puede llevar a cabo, pero es un proceso teórico, el hecho todavía tiene que ocurrir. Una *contrahistoria* en una relación que todavía no ha terminado de manera definitiva, consiste en la escalada simétrica hacia el otro, un acto de acusación hacia el otro, aunque se haga interiormente. Pongamos el caso de la persona que se encuentra en un matrimonio clásico, se ha casado hace 10 años. Puede imaginarse 3000 veces como será

dormir sin el cónyuge, pero cuando suceda será diferente de cómo se lo había imaginado y el haber imaginado como hubiera podido ser no le sirve, porque cuando ocurra será totalmente diferente. *Antes* se hacen las pruebas de estar sin el otro. Estas pruebas generalmente se hacen para apreciar más el estar juntos; tienen un significado diferente.

8.6.6 Separaciones “bloqueadas”

La contrahistoria consiste en contarse la relación de una manera diferente. Es difícil construir una contrahistoria exhaustiva y detallada aunque sea la única condición para salir de esto; muchas veces acuden pacientes que se encuentran “bloqueados” en una fase de separación o de pérdida de una relación, han empezado a elaborar, sin darse cuenta, una contrahistoria, sin llevarla a cabo. No la llevan a cabo por una simple razón: lo que cuenta más en una contrahistoria es el cambio del sí mismo, porque para poder cambiar la imagen del otro hay que cambiar la imagen del sí mismo y cuestionarse; por lo menos se tiene que admitir el haber sido tonto. Esto porque no se puede construir una contrahistoria atribuyendo todo a la otra persona ya que no sería una contrahistoria. El proceso que bloquea a la persona es éste, se bloquean en el momento en que tendría que empezar a cuestionarse en primera persona. Captar la fase en que las personas se bloquean es importante porque significa captar *la cosa particularmente intolerable* del cuestionamiento del sí mismo. La construcción verdadera de una contrahistoria siempre lleva a un cambio del sí mismo, y la superación de una separación implica una reorganización de la identidad personal. Una separación “bloqueada” consiste en una separación emocional y una revisión de la imagen de la pareja en que el proceso de separación no ocurre ni físicamente, ni emocionalmente como un cambio de “posición” hacia la relación. Pensad en las situaciones *de mantenimiento a ultranza de la imagen del otro*; estas situaciones son muy frecuentes tanto en las relaciones de tipo sentimental, como en las relaciones de amistad o en las relaciones padres-hijos. Es la situación en que el proceso de agotamiento de una relación ya ha ocurrido. Este proceso se nota a partir del cambio irreversible de la imagen del otro que la persona manifiesta. No todos aceptan este proceso, es un proceso “inmediato” que se puede reconocer o no reconocer. Una de las patologías que observamos en las separaciones interrumpidas es que la persona estructura una situación que *le impide cambiar la imagen de la pareja*.

Un ejemplo clásico de este tema es el caso de una señora DAP-FOB, una señora muy inteligente e instruida que personificaba el juego de la familia perfecta, con un amor eterno hacia el marido. El hecho dramático para ella fue cuando un día el marido, en un momento de distracción, le llamó con el nombre de una colega de trabajo. Ocurrió simplemente esto. La mujer a partir de la manera en que le había llamado con el nombre de la colega descubrió, y en esto no se equivocaba, que el marido sentía atracción por esta colega. A partir de este acontecimiento hubo un cambio total de la imagen del marido (que formaba parte del movimiento de acción católica y defensa del ambiente). Esta imagen celestial que ella tenía hacia él se colapsó. Se tornó consciente de este proceso, inmediatamente desarrolló síntomas fóbicos, no conseguía ir a ningún sitio sin que el marido le acompañara. Ella misma afirmaba que, en su opinión, su trastorno dependía del hecho que no podía aceptar que el marido había dejado de ser tan importante para ella como lo había sido hasta entonces. Hasta entonces la importancia atribuida al marido era la importancia de un hombre, pero después de haberse dado cuenta que el marido no era el hombre que ella creía que era, le atribuye ahora una importancia diferente, comienza a sentirse como incapacitada sin su apoyo. Cuando empieza

un proceso que llevaría a una revisión de la imagen del otro, la persona pone en marcha maniobras para bloquear la revisión que se ha desencadenado, intentando mantener la imagen del otro a pesar de que los datos que posee acerca del otro le obligarían a revisar consistentemente su imagen. Aunque la persona se obligue a no revisar la imagen del otro, inevitablemente termina revisándola, pero salvaguardando la esencialidad de la pareja. Este proceso se produce de muchas maneras diferentes, según las diferentes organizaciones. El terapeuta para denotar estos fenómenos, mientras recoge los datos, tiene que tomar en cuenta que la finalidad del apego, el estilo afectivo, siempre consiste en la imagen del otro, si este aspecto no se toma en cuenta no se entiende; porque el proceso de separación, de luto, de construcción de una contrahistoria significa intentar mantener una relación y una validación de la imagen del otro, a pesar de lo que siente. Esto es algo que el terapeuta tiene que tomar en cuenta, ya que inicialmente el paciente no es consciente de este proceso. El terapeuta le puede explicar este proceso más adelante, cuando el paciente ya lo reconoce. Este es el motivo que explica la ausencia de construcción de una contrahistoria durante la fase de separación. La contrahistoria implica una revisión de la imagen del otro. Y una vez que se ha llevado a cabo esta revisión, el cambio de imagen del otro llega a ser irreversible, y esto implica la pérdida definitiva de la relación. Si no se revisa la imagen del otro, se deja abierta la posibilidad que la relación pueda empezar de nuevo. Estos tipos de relaciones siguen también cuando se ha instaurado una separación física, sin distanciamiento por parte de los dos. En estas situaciones la reacción más prototípica es la del paciente DAP que desarrolla un duelo. Normalmente utiliza dos modalidades: o el cambio inmediato de pareja (más frecuente); la selección de la nueva pareja empieza simultáneamente al cuestionamiento de la otra relación. Esto pasa tanto en los hombres, como en las mujeres, no hay diferencia de género. Muchas veces el fin de una relación coincide con hacer la maleta y mudarse a casa de otro/a; la segunda modalidad consiste en una actitud agresiva a ultranza.

La separación más prototípica que recuerdo es la de una paciente anoréxica de 45 años. Una anoréxica clásica, sintomática, que a los 18 años tuvo un episodio manifiesto de anorexia durante los exámenes finales del bachillerato. Sucesivamente sufrió dos años de anorexia por haber suspendido un examen en la universidad. A los 38 años, cuando su hija suspendió un curso del bachillerato, sufrió otra reacción anoréxica. Hace dos años descubrió pruebas evidentes de la infidelidad por parte del marido; a partir de este descubrimiento, se produjo el derrumbamiento de imagen, lo que nunca ocurre en una organización DAP: un DAP puede llegar a separarse, pero nunca cambia la imagen del otro, porque esto implicaría tener que cambiar la suya propia. Este descubrimiento le pilló desprevenida: este marido había sido considerado “el santo” de la situación, ella le veía como un mito. Ahora descubre que el marido se había acostado con todo el vecindario, incluso con sus amigas. Esta hubiera sido una situación típica para revisar el contrato, ya que existía un motivo y la posibilidad de revisarlo. Frente a esta destrucción de la imagen del marido, la señora hubiera tenido que reconstruir 20 años de contrahistoria, o sea reconstruir desde otra óptica 20 años de relación de santidad y fidelidad por parte del marido. Ella no consiguió reconstruir esta imagen. Desde entonces empezó a tener un exasperante comportamiento agresivo, repetitivo que consistía en que el marido le contara cada día todos los detalles relativos a las relaciones sexuales que tuvo con estas mujeres (cuántas veces las había follado, en qué posturas, etc.), incluso le exigía contarle delante de los invitados. Un día estaban cenando con otras personas y ella a consecuencia de los relatos del marido había empezado a lanzarle objetos, hasta que intervino

la policía. Incluso intentó acuchillarle. Todos estos acontecimientos concluían por la noche, cuando ella se disculpaba por su comportamiento, pero volvían a reanudarse al día siguiente.

8.6.7 *Discusión*

P: ¿La ruptura de una relación afectiva importante implica un cambio del estilo afectivo?

R: El cambio siempre es una reorganización dentro de un mismo nivel de significado, lo que cambia es el nivel de abstracción. Hay que explorar el tipo de asimilación de la experiencia de un paciente, a partir de los primeros escauceos amorosos, que se consideran ensayos o pruebas de cara al estreno. A continuación exploramos cómo cada relación ha validado o invalidado la hipótesis general que se obtuvo de las pruebas generales anteriores. Los primeros enamoramientos se consideran como una actividad representativa del sujeto que contiene los ingredientes esenciales del significado personal. Durante la fase de la adolescencia todo el mundo desencadena en su imaginación escenas tormentosas en las que se dan todos los ingredientes, por ejemplo, la peligrosidad del mundo, la pérdida, la inconsistencia, la imposibilidad de tener una relación afectiva. Después estos ingredientes se configuran y se procede a una verificación; las primeras relaciones de una persona son una verificación de los temas de fondo. Luego, en función de cómo se acaban las relaciones significativas, hay un cambio de estilo, porque la verificación efectuada, tanto positiva como negativa, produce datos irreversibles que se tienen que asimilar y que no se puede evitar de tomar en cuenta.

Estos ingredientes encuentran una posición definitiva para todas las organizaciones, excepto para los DAP, o tardan mucho más que otras organizaciones para encontrarla. Una de las cosas que se nota en los DAP es el periodo de “latencia” que se toman; es una época larga que dura desde el principio de la pubertad hasta alcanzar a tener relaciones verdaderas con el otro sexo. Este periodo intermedio, incluso puede tardar 4, 5 o 6 años. Es una actividad moratoria, o sea se “toman un tiempo”, son las épocas en que se manifiestan todas estas dudas. El adolescente, durante esta fase, (ya lo comentamos acerca del caso de la chica con la duda homo-hetero-sexual) puede presentar dudas acerca de la propia identidad sexual, ser homosexual o heterosexual, y esta duda se mantiene durante todo el periodo de moratoria hasta que no adquiere confianza en esto, hasta que mediante la confirmación por parte de los demás, consigue formarse una imagen de sí y encontrar una estrategia mínima de confirmación. La duda sirve para no validarse ni en un aspecto ni en otros. Desde esta óptica, a partir del conjunto de las relaciones significativas de una persona y del tipo de cambio de estilo dentro del nivel de significado, emerge la capacidad de asimilación de la experiencia de un sujeto. En general la regla es que “cuanto más el nivel de significado personal es extremadamente concreto, con un poder de abstracción relativamente escaso, tanto más la capacidad de asimilación de la experiencia es menor”. Esta mañana vi a una paciente, una mujer de 48 años, DEP grave que lleva una vida de fracasos afectivos, decepciones y consecuentes intentos de suicidio. Aunque lleva 30 años con las mismas decepciones, presenta todavía una fuerte reactividad e intensidad emocional a todas las situaciones sentimentales, incluso las situaciones menos significativas, tipo flirteo. Parece una niña de 18 años. El nivel concreto con que ha manejado sus relaciones afectivas es extremadamente alto, y por lo tanto la asimilación es muy escasa, la distancia de las emociones correspondientes es muy reducida. Esta invariante se capta inmediatamente trazando una línea de todas sus relaciones afectivas

significativas empezando desde el principio y siguiendo hacia delante.

P: *Dentro de la media de una relación que se instaure con un paciente, en general, en qué momento se empieza a trabajar el análisis del repertorio afectivo?*

R: Si no traen directamente un tema afectivo, el primer paso es construir la parte de repertorio asociada al problema, el paso siguiente es construir simultáneamente el repertorio del estilo afectivo, y esto es útil para explorar el tipo de relaciones existentes entre los estilos de apego y la separación de la persona y el problema que la persona presenta actualmente en otros temas de vida. La centralidad de la afectividad, durante la vida adulta se nota a partir de ahí: durante la edad adulta todas las situaciones de crisis se desencadenan a partir de situaciones que producen repercusiones del balance afectivo.

Desde este punto de vista “el motor” es esencialmente uno, aunque se pueden hacer evidentes dos condiciones: o hay una repercusión *indirecta* del balance afectivo, por ejemplo, un fracaso en el trabajo, o la repercusión desemboca *directamente*, a partir de una crisis, en una relación significativa. La crisis de una relación significativa puede ser de varios tipos, no sólo las crisis de pareja, sino crisis desencadenadas solamente unilateralmente.

En base a lo que estuvimos comentando anteriormente, o sea que el elemento central del apego es la imagen que una persona se construye de otra persona, se puede afirmar que todas las crisis de las relaciones afectivas, incluso las crisis unilaterales, siempre se deben a factores externos que modifican la imagen que uno de los dos miembros de la pareja tiene con respecto al otro: a veces pueden ser cambios infinitesimales. Recuerdo crisis enormes, con patología, desencadenadas a partir de una repentina revelación, incidental, sobre cosas relativas a la vida de un miembro de la pareja. En sí misma la información no era ni mala, ni buena, simplemente modificaba algunos de los fundamentos que se asociaban a la imagen de la pareja. Éste es un acontecimiento que puede suscitar emociones de fondo, difícilmente controlables, aunque las personas las reconocen con mucha dificultad: estos cambios de imagen interna, para las personas que no tienen la costumbre de explorarse interiormente, pasan inadvertidas. Una persona se da cuenta de las emociones que emergen, pero no sabe dónde situarlas. Por lo tanto, el terapeuta tiene que trabajar con el “repertorio de afectividad” porque mediante éste, se hacen evidentes las conexiones con los estilos de apego/separación de la persona, que luego el paciente llegará a entender. Por lo tanto es importante reformular el problema en términos afectivos. El estilo afectivo, a diferencia de la historia de desarrollo, que es opcional, es obligatorio, porque sin éste faltan los elementos esenciales de significado. Trabajando con el estilo afectivo, a diferencia de lo que ocurre en el repertorio agresivo, se resuelven todas las dudas acerca del tipo de organización de la persona, se hacen inmediatamente evidentes las conexiones directas. La afectividad es el elemento central para entender las emociones.

P: *¿La ausencia de relaciones se considera una patología?*

R: No se considera una patología: es que la ausencia de las relaciones no existe, sería igual que decir, la ausencia de percepción....

P: *Quería decir, de relaciones significativas...*

R: No existe: es a partir de ahí que se nota cómo los estilos afectivos se diferencian uno de otro; lo que se nota es que el hombre, depresivo, solitario lleva a cabo 4 ó 5 intentos en su vida, al término del tercer intento, deja de intentar, comentando que para él la única cosa que importa es el trabajo. Luego vemos que tras 3 ó 4 años se produce una modificación radical de su estilo de vida, por ejemplo, empieza a vivir con un amigo: ésta es otra modalidad

de gestionar la soledad, es una modalidad efectiva, aunque falte el tema sexual y la pasión: el tema sexual, dentro de ciertos límites, es un tema marginal para las funciones de apego, no es esencial, más que un ingrediente es un desencadenante. Los mismos efectos de auto mantenimiento, de identidad autorreferencial, se producen sin ningún componente sexual. Incluso un apego abstracto: todos los compromisos hacia algún objetivo de la vida, ideologías, etc.

8.7 Psicosis y afectividad: el apego como proceso cognitivo y meta cognitivo

P: A menos que no acuda una persona que presenta una “estructura psicótica” asociada a una vacío afectivo de relación, hay personas que tienen una vida afectiva pobre, probablemente han tenido una vida afectiva normal anteriormente pero se ha quedado bloqueadas en el pasado. Hay gente que nunca vuelve a tener relaciones.

R: Nunca se sabe lo que ocurre “dentro de” una persona. Hay que prestar mucha atención porque la abstracción es abstracción; la otra moraleja importante de la vida afectiva y del apego es que el resto pertenece a la vida cognoscitiva. Si se mira la vida cognoscitiva tanto a un nivel evolutivo como un nivel de vida individual, se ve una continua separación entre conocimiento y experiencia inmediata de sí mismo y la realidad. Esto ocurre tanto en instancia de la evolución del desarrollo del pensamiento, que permite filtrar la realidad y separar de la inmediatez, como también a nivel del desarrollo del individuo. Todo lo que ocurre en la vida mental pasa a través de esta regla, incluso el apego. La indispensabilidad de la presencia “física” de una figura de apego es presente sólo en las fases de maduración del desarrollo, es absoluta durante la primera infancia, de 0 a 6 años. Tenemos una serie de datos, algunos de los cuales derivan del “usus natura”, del experimento de la natura, de niños crecidos con una ausencia de contacto durante los primeros meses de vida (Popper trae un caso famosísimo acerca de este tema) en que pone de manifiesto la falta de desarrollo de todas las capacidades rudimentarias del lenguaje; incluso después de muchos años, a pesar de la recuperación, este niño mostraba graves dificultades con el lenguaje, de conceptualización y esquemas corpóreos, de imagen de sí mismo.

Durante las primeras fases de vida, la presencia de otro con quien tener reciprocidad emocional es esencial para establecer una demarcación entre tú y el otro. Procediendo a través de las siguientes fases de vida, la necesidad, la indispensabilidad de una figura física protectora llega a ser siempre más relativa, incluso en el adulto, lo que nos enseña el apego dentro de la vida amorosa es el desarrollo de la abstracción: la abstracción se observa también a partir del hecho que nunca hay una relación directa con otra persona, *sino siempre el contacto con la imagen de esta persona.*

La mediación abstracta de la que depende el apego consiste principalmente en este hecho. El apego más que un factor de proximidad es un proceso epistémico, de conocimiento, o sea permite comprender, a un nivel cognoscitivo, la experiencia de otra persona, permite a una persona identificarse con algo análogo a la experiencia de otra persona. En el momento en que descubrimos otro dominio de experiencia en otra persona, se descubre también en nosotros mismos y en el momento en que lo descubrimos en nosotros mismos se descubre también en la otra persona. Esta es la base de la comprensión, desde esta óptica, el proceso de apego se llama *proceso epistémico*, con la capacidad de detectar el punto de vista de otra persona y aplicarlo a sí mismo. Esto ocurre en cualquier relación humana en que se dan emociones activas³³. Es un proceso cognoscitivo; por lo tanto se podría definir apego también

una persona que lee el libro del autor “x” y se identifica con su vida descubriendo cosas de sí mismo que nunca hubiera llegado a descubrir: este es un fenómeno de apego epistémico, en una dimensión abstracta, en que deja de existir la necesidad de relación con una persona física. Sin duda reacciona a “X” como a una persona física, se configura su vida, se lo imagina aunque no tenga ninguna relación específica con él.

P: *Volviendo al plano práctico... una persona, por ejemplo, que presenta un delirio místico: en este caso la figura de apego sería Dios, con quien está construyendo una parte de su existencia.*

R: Lo que quiero decir es que, incluso el sujeto que presenta un delirio místico, este delirio místico no es algo sin finalidad. Es una construcción, una creación suya que le hace inteligible las experiencias con los demás. Que este delirio no nos resulte inteligible, es otra cuestión. Y nadie sabe qué es lo que ocurre en el mundo de un psicótico; es decir, que en su mundo a través del delirio místico, él interpreta tu mirada actual, como algo que le aporta muchos significados, aunque a ti no te diga nada. Para él puede implicar muchas emociones y muchas validaciones, para ti no significa absolutamente nada; quizás estabas mirando la pared, pero él sigue un código completamente diferente del tuyo. El discurso común sobre la lógica de los psicóticos es que no tienen abstracciones, que son muy “concretos” como los niños, que toman todo literalmente, que no entienden el humor. Se dice que los psicóticos carecen de abstracción. La verdad es que abstraen de una manera diferente con respecto a los que no son psicóticos, no abstraen en función de la lógica formal, abstraen con las leyes de derivación psicótica que a un observador no psicótico le pueden parecer concretas. Las abstracciones, desde este punto de vista, se encuentran también en los niños, son abstracciones concretas que siguen las leyes de derivación analógica, no las leyes analíticas que siguen los adultos.

Para los psicóticos es central el tema afectivo: recuerdo una investigación americana de hace 10-12 años, con amplias estadísticas sobre una amplia muestra de psicóticos analizados desde el internamiento hospitalario, durante la hospitalización y antes del alta; la investigación intentaba buscar los “indicadores” más atendibles de previsión de las recaídas psicóticas. El único indicador que resultó significativo eran las visitas de los familiares. La única variable índice de probables recaídas eran las visitas o la falta de ellas por parte de los familiares, siempre asociando a la familia con los tres periodos considerados.

Cuando se tiene a un paciente con una escasa calidad de relaciones afectivas, hay que prestar mucha atención porque esta persona lleva un *mundo inventado* detrás. Con respecto a la epistemología evolutiva, hemos comentado varias veces, que algunas emociones biológicas de base (agresividad, sexualidad, afectividad) no son eliminables, por lo tanto si la persona no las manifiesta es como si tuviera una bomba a punto de explotar dentro de sí mismo, y esto le provoca algunas cosas. Son emociones biológicas, asociadas a la identidad, que es el centro motor de cualquier sistema; un sistema humano no puede perder el “sentido de sí mismo” ni si quiera si lo quisiera. Es el orden que rige las células que mantiene el orden: estas emociones no pueden ser “no vivibles” porque, de lo contrario, es como si fuese posible ser un “deprivado sensorial”

8.7.1 Beethoven

Encontramos ejemplos ilustrativos en los casos de “personajes ilustres”, los genios, en los cuales incluso la misma creatividad no logra compensar, de ninguna manera, la necesidad

y a la pulsión de este tipo. El ejemplo más prototípico es Beethoven: todas las biografías afirman que nunca tuvo una relación sentimental en toda su vida, ni siquiera una. Beethoven era un DEP abandonista clásico, con un padre alcohólico y una madre que nunca cuidó de él. A los 10 años vivía sólo en Viena. Era abandonado, abusado por todos, con cada mujer con la que empezaba una relación, tenía una exasperante actitud reivindicativa que ninguna mujer conseguía aguantar, y siempre lo dejaban, incluso cuando se había hecho un personaje público famoso. Tuvo experiencias con prostitutas, pero ninguna relación, ni siquiera relaciones de una semana de duración. Durante los últimos 10 años de su vida padeció delirios, verdaderos delirios. Su hermano muere 10 años antes que él y éste es ya un “tema de pérdida”. Este hermano dejó su mujer viuda con un hijo y él durante 10 años llevó a juicio a su cuñada por haberle quitado a “su” hijo. Juicios en tribunales, que perdió regularmente. Las cartas que escribía a los amigos con respecto a esta cuestión eran muy explícitas y ofensivas hacia la cuñada: “Esta puta además de haber destruido la vida de mi hermano, está intentando quitarme a mi hijo”.

Este es un ejemplo muy ilustrativo para reconsiderar cómo la creatividad puede ser una manera de canalizar algunos impulsos que se asocian con la afectividad, hacia finalidades o temas más abstractos, pero “en sí misma” no tiene la capacidad de anularlos. Compuso la novena sinfonía en pleno delirio, se encontraba en medio de estos juicios, con los abogados, con la cuñada que lo denunciaba por calumnia y él estaba convencido de estar atrapado en una persecución. Creía que la viuda había sobornado a los jueces, y en medio de este lío escribió la novena sinfonía que expresaba un alegría abstracta. Incluso este tema, en que se pone de manifiesto el intento de “trascenderse” no le eximía de la necesidad de confrontarse con la afectividad.

8.8 Una digresión hacia el futuro: incompatibilidad entre el punto de vista subjetivo y el punto de vista objetivo

Aquí se abre un gran problema, que se debatirá en los años venideros (ya hemos dicho que los años 70 se caracterizan por la revolución cognitiva, y los 80 por la revolución afectiva). ¿Cómo se explica que, incluso una mediación abstracta, por elevada que sea, no consiga sustituir el aspecto emocional correspondiente? En mi opinión, la razón se encuentra en la incompatibilidad entre el punto de vista objetivo y subjetivo.

El punto de vista objetivo es el punto de vista que se define como racional, abstracto; lo que pertenece a la creatividad, a la discusión conceptual, incluso a la trascendencia, en el sentido de superar la propia experiencia inmediata. Es la capacidad de mirar desde afuera. Pero el punto de vista objetivo no puede sustituir al punto de vista subjetivo, es simplemente antitético a éste, es una imagen antagonista de la realidad que no lo sustituye; lo subjetivo expresa cosas completamente diferentes. El punto de vista subjetivo expresa la inmediatez emocional de la persona, que no se puede asociar al otro punto de vista. Los terapeutas siempre han tenido una inclinación a elegir el punto de vista objetivo, entre los dos, por la preferencia racional de que todavía se advierte la influencia, considerando que el punto de vista subjetivo se hubiera podido reducir o incluir de alguna manera en el punto de vista objetivo. Esto es lo que normalmente un terapeuta hace con los pacientes y consigo mismo. Cuando se comprueba que un paciente DEP, de tipo abandonista, urde un castigo en cada relación, ya que necesitará de este castigo para validarse. Y todas las otras cosas ya comentadas, éste es un punto de vista objetivo, que es un punto de vista verdadero, pero no

puede explicar el punto de vista subjetivo, la manera en que él vive las relaciones mientras están activas, y las emociones que él sentía durante éstas no representan simplemente una validación del no ser digno de amor. Esto es efecto de aquellas emociones, pero estas emociones no consisten únicamente en esto, representan otra dimensión de la realidad. Son dos puntos de vista diferentes que se refieren a dos estados de vida diferentes y que no se pueden reducir a una única cosa; hay que prestar mucha atención, con los pacientes al dejarlos juntarlos, porque cuando se juntan, se reduce el objetivo al subjetivo y de esto deriva una significativa idea del absurdo.

Esto es lo que, desafortunadamente, ocurre en las mayorías de las terapias: frecuentemente se dice al paciente que no es adecuado tener este sentimiento de abandono, ya que ha sido él mismo quien lo ha creado y por lo tanto cuando él estaba con ella y le decía “por favor no te vayas, no te vayas”, la verdad es que esto era un intento de validar el hecho que ella se fuera. Todo esto confiere al paciente un sentido de inconsistencia, de fragilidad, de anulación: es como coger el cerebro y tirarlo a la basura. La idea del absurdo es ésta, la incompatibilidad entre el punto de vista objetivo y subjetivo, la inclusión del primero en el segundo; pero los dos fenómenos están separados. Es una de las cuestiones más típicas de la complejidad, dos puntos de vista irreductibles entre ellos, pero ambos verdaderos. A causa de esta indispensabilidad de los dos puntos de vista que son irreductibles entre ellos, la creatividad, por ejemplo, que es un punto de vista objetivo, no puede explicar el punto de vista subjetivo, sino sólo ponerse en marcha a partir de esto. Siempre es el mismo tema al no haber una traducción uno a uno entre lo tácito y lo explícito, ya que son dos dimensiones distintas, cualquier cambio de lo tácito a lo explícito, de lo subjetivo a lo objetivo es un cambio de construcción, en que se construye otra cosa en otra dimensión.

P: *¿La relación entre subjetivo/tácito y objetivo/explicito es unívoca, directa?*

R: Son modalidades con las cuales se puede decir la misma cosa. El punto de vista subjetivo siempre representa la inmediatez, la visión “desde adentro”. Todo lo contrario de lo que ocurre mediante el pensamiento objetivo y el lenguaje.

Como afirmaba Bertrand Russell, nosotros tenemos en nuestro interior, estas dos capacidades de conocimiento, el “*Knowledge by acquiring*” “conocimiento por adquisición” y el “*Knowledge by description*” “el conocimiento por descripción”. La primera es la fase en que se siente la inmediatez, la segunda es la capacidad conceptual, que describe las cosas, es el pensamiento. Sentir la nostalgia es el punto de vista subjetivo y pertenece al tema tácito y a la inmediatez; comentarla, derivarla, explicarla, asociarla a una imagen, asociarla a referencias de la literatura, representa el punto de vista objetivo; pero el conjunto de cosas ocurre en nuestro interior, y esto es algo de lo que tenemos que ser conscientes. Cuando, en un determinado momento, se siente algo subjetivamente, se empieza a explicar lo que se siente, sin darse cuenta que se está realizando un cambio de un punto de vista a otro, mientras se explica algo, se tiene la impresión que se trata de algo inconsistente, absurdo, parece una debilidad, un infantilismo, una estupidez. Por el contrario, cuando anteriormente se estaba sólo sintiendo, sin explicarlo, parecía algo fundamental, importante.

P: *Por lo tanto aquí me pregunto, para no volver a caer en la polémica entre reduccionismo y holismo, ¿de qué sirve explicarse las cosas?*

R: Si se quiere llegar a explicaciones unívocas y definitivas, nunca a explicaciones ciertas porque es imposible, depende del uso que se quiera hacer de la explicación.

P: *De todas formas se llega a una explicación parcial. En el caso que te conformes con*

llegar a una explicación parcial, si aquella explicación es de todos modos diferente a la realidad objetiva, ¿para qué sirve proporcionarse una explicación?

R: No entiendo qué quieres decir...

P: *Es decir, me doy una explicación de una cosa que, al explicármela, deja de ser aquella cosa.*

R: Es un entrenamiento al pluralismo. El problema es que siempre se parte del prejuicio de que la realidad tendría que ser unívoca; es el mismo discurso de Dostoievski, que si Dios no existe todo es lícito, que si la realidad no es unívoca todo deja de tener sentido. El discurso es que la realidad es pluralista, tiene más puntos de vista a la vez, simultáneos y irreductibles entre ellos. No significa que no tenga un sentido, sino falta de significado sólo en el caso en que se considere que la forma normal de la realidad tiene que ser unívoca.

P: *Es decir que nosotros damos por sentado que la realidad es única, aunque existan 3000 puntos de vista diferentes de interpretarla...*

R: Claro, esta es la idea del absurdo, que consiste en una sensación, presente en el siglo contemporáneo de manera clara, es una sensación que deriva de este contraste irreductible, pero que se encuentra en *el interior* de una persona, entre el punto de vista subjetivo y objetivo. No es un contraste equilibrado, o sea *fifty-fifty*, ya que vivimos en un mundo cultural con unas influencias externas significativas. En nuestro mundo cultural, el punto de vista objetivo tiene muchas ventajas porque es el punto de vista compartido por todos, es el punto de vista que se puede compartir con los demás, es el que asociamos a las palabras, y cada palabra es asociada a un contexto. Este discurso no vale para el punto de vista subjetivo y por lo tanto, en el contraste entre los dos, el punto de vista subjetivo es el que se considera como inconsistente, mientras paradójicamente, es el punto de vista que la persona percibe con mayor intensidad.

P: *En el cambio del punto de vista subjetivo a objetivo, hay siempre una pérdida de la complejidad, en el momento en que se traduce una emoción o una experiencia emocional que se ha vivido, se traduce, intentando detectarla y definirla con las palabras, por ejemplo, inevitablemente se pierde algo; de hecho si luego se reconsidera esta emoción en otra situación, en otro momento, emergen otros aspectos que no se habían tomado en cuenta; por lo tanto el punto de vista esencial es el punto de vista subjetivo.*

R: Sí, sí, el punto de vista subjetivo es el motor, es la constante propuesta que una persona lleva, luego todo lo que se hace desde el punto de vista objetivo es construir esta propuesta, configurarla de manera adecuada a la experiencia que se está viviendo y a la experiencia asimilada.

P: *En la relación con el paciente el problema es que este es un trabajo que tiene que llevar acabo por sí mismo, o sea que el terapeuta no puede sustituir al paciente, sólo tiene que construir los contextos para que el paciente pueda llevar acabo por sí mismo los varios pasajes.*

R: Sí, pero cuando el paciente ha adquirido una cierta capacidad de auto-observación, el terapeuta tiene que empezar a proporcionarle la herramienta de explicación, o sea explicarle este punto de vista objetivo/subjetivo y por lo tanto la incompatibilidad entre los dos, y por ende también la imposibilidad de tomar una elección, o sea hay una reformulación del equilibrio. El equilibrio, a diferencia del equilibrio clásico, no consiste en tener una constancia de traducción de los puntos de vista subjetivos, sino podría ser considerado como la capacidad de tener en cuenta los dos puntos de vista, objetivo y subjetivo, a la vez, es una

especie de reformulación del “conócete a ti mismo” socrático. No se trata de “conocer a ti mismo” como un conocimiento último de ti; conocerte a ti mismo equivale a mantener una equidistancia y considerar el punto de vista objetivo y el subjetivo como ambos reales, partiendo de la consideración que la incompatibilidad de los dos puntos de vista impide el conocimiento completo de uno mismo. El conocimiento último de uno mismo es un área que si se desarrollara provocaría vértigo. Creo que será un área futura de desarrollo de la teoría de la afectividad la consideración de la relación con uno mismo, una persona que “se” interpreta la imagen consciente de sí misma es como una construcción, una explicación que la persona se ha proporcionado; por lo tanto, además del argumento de que nunca es una explicación definitiva, sino que siempre es un proceso abierto (y esto ya provoca un poco de mareo) lo que aumenta aún más el malestar, llevándolo a niveles intolerables, es que no estamos autorizados a considerar el contenido de la construcción como algo que corresponda al objeto que se quiere construir. Un dato esencial de la teoría autorreferencial es que el signo, el código que se utiliza para dar un significado a un objeto no informa acerca de ninguna de las características de este objeto, sino que explica las características del clasificador; de todas formas aquel código lleva aquel significado independientemente del objeto que indica. Consideremos el término “oro”: el oro tiene siempre el significado de oro, incluso cuando no se sabía qué era el oro, incluso cuando se pensaba que lo producía directamente dios y que lo distribuía a los hombres. El hecho de que el oro se haya desarrollado, llegando a ser una piedra filosofal, un elemento químico, un elemento periódico, no ha cambiado el significado del concepto de “oro” con que los hombres lo utilizaban. Es un razonamiento filosófico, pero es importante observar que el conocimiento de un objeto no dice nada acerca de este objeto, y esto vale también con respecto al conocimiento de uno mismo. La imagen que un hombre tiene de sí mismo nos proporciona una característica acerca de la manera en que este hombre quiere verse a sí mismo, pero no proporciona ninguna información acerca del grado de correspondencia entre esta imagen y lo que este hombre “realmente” es. Este concepto provoca un poco de vértigo, ya que aplicado a un fóbico es tolerable, pero si lo aplicamos a cada uno de nosotros...

P: *¿Es el discurso entre gato y el concepto de gato, entre caballo y concepto de caballo? Que se trata de dos mundos separados, o sea que el gato no pertenece al concepto de gato y al revés.*

R: Sí, pero es algo más sobre el plano autorreferencial. Volviendo al ejemplo del oro, el ejemplo del filósofo Thomas Nagel³⁴, la cuestión es que hay una relación de significado entre el sujeto “x”, que introduce una explicación denotativa para un objeto, y el objeto mismo. Esta explicación denotativa no tiene nada que ver con el objeto. ¿Qué significa, “no tiene nada que ver”? Claro que tiene algo que ver, pero el significado de esta explicación denotativa no es relativo al objeto, el significado es relativo al observador: el oro tuvo siempre un significado preciso para los hombres, un significado que nunca ha tenido que ver con la naturaleza intrínseca del objeto oro. Este discurso se puede llevar a cabo también con la imagen de uno mismo, la imagen de uno mismo tiene un cierto significado que no es relativo al objeto; o sea el hombre “x” no está interesado en conocer los procesos neurales, los descubrimientos neuropsicológicos, los aumentos del conocimiento: esto equivale en el caso del oro, o sea que el significado del oro no ha cambiado cuando se ha descubierto que no era un regalo de Zeus, sino cuando se ha descubierto que era uno de los elementos como el plomo, es algo que tiene que ver con los químicos. De todas formas *el dato significado* no tiene que

ver con la estructura del objeto. Esta es una construcción que proporciona más informaciones acerca del sujeto referente que acerca del objeto, lo que da continuidad a este hombre es la modulación continua del punto de vista subjetivo. El punto de vista objetivo es la manera con que él lo interpreta y lo hace accesible respecto al flujo de la experiencia cotidiana, pero la estabilidad no depende de esto. Sobre este tema los neurólogos proporcionan reflexiones interesantes: ¿habéis leído el libro de Oliver Sacks “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero”?³⁵ Este libro ejemplifica bien el concepto de que lo que impulsa la continuidad del sentido de sí mismo, de la identidad, no es tanto el pensamiento, el punto de vista objetivo, sino la tonalidad emocional, la modulación del punto de vista subjetivo de base, el conjunto de los “esquemas emocionales”, su relación con las emociones básicas. En uno de los casos había un hombre que tenía un trastorno muy raro, una especie de trastorno de integración de las aferencias sensoriales periféricas, en la corteza parietal, que le producía la falta de coordinación de la integración propioceptiva, o sea que no tenía un “sentido de sí mismo”, ni un “sentido de los demás” y de las cosas. De hecho, Sacks lo cuenta como si fuera un neurólogo: el fundamento del sentido de sí mismo deriva más de la imagen cenestésica y propioceptiva de sí mismo, de la activación neurovegetativa y emocional que del aspecto cognitivo. Este es el motivo por el que el “significado personal” cambia poco, ya que es lo más estable: lo que cambia son las reorganizaciones que se pueden llevar a cabo, porque el punto de vista objetivo puede influir sobre lo subjetivo, puede reorganizarlo aunque sean dos organizaciones separadas (es el discurso de Popper que el “mundo 3” interactúa con el “mundo 2” aunque sean separados³⁶)

8.9 Formación, mantenimiento y ruptura de la relación terapéutica

P: *¿Perdona Vittorio, dentro de una relación terapéutica ocurren las mismas fases que se dan en una relación afectiva, o sea formación, mantenimiento y ruptura?*

R: Sí, luego cada organización reacciona de manera diferente con respecto al fin de la relación terapéutica. Aquí se pone de manifiesto bastante bien el estilo del terapeuta. Hay terapeutas que tienen dificultad de separarse. Se pone de manifiesto también el estilo del paciente: hay pacientes que necesitan cerrar una experiencia para sentirse autónomos. Son los pacientes de “control externo”, con identificación opositiva, que necesitan saber que tú estás allí aunque no vuelvan. El terapeuta tiene que respetar esta necesidad. Luego hay los que presentan problemáticas de separación, o sea presentan el problema opuesto.

El terapeuta tiene que reasegurarle que estará allí para él, para cualquier problema, que está disponible; la gestión de este aspecto se deja al paciente. Luego hay otros pacientes que ni siquiera se contentan con esto: son aquellos que quieren que el terapeuta esté allí por ellos, que esté disponible en cualquier momento y que tienen que tener una cita preestablecida cada tres meses. A veces parecen cosas triviales, pero yo he visto reacciones depresivas intensas con la finalización de la terapia. Recuerdo poco tiempo atrás, un paciente DEP, que tuvo una reacción depresiva coincidente con el cierre de la terapia. Le vi por última vez en Mayo y le había comentado que tendríamos que vernos nuevamente en otoño, él era muy sensible al rechazo, me había comentado que le hubiera gustado mantener un contacto bimensual conmigo, sin que fuese necesario reservarlo. Tuvo una fuerte reacción depresiva de mayo a julio que supo superar por sí mismo. Cuando le vi en octubre, me contó esta reacción que tuvo, y cuando le pregunté por qué no me había avisado, me respondió con la típica respuesta de los depresivos “porque me habías dicho que volviera en octubre, y por lo tanto lo he

gestionado por mi cuenta”.

P. *¿También en la relación terapéutica la ruptura de la relación se define en el contrato?*

R: No se define nada en el contrato, como en las relaciones afectivas, todas las reglas principales son implícitas, un terapeuta tendría que tomar en cuenta las características generales del paciente y de la organización específica de la persona, para organizar la separación de la persona.

P. *¿Los estilos se explican a partir del apego que el paciente lleva hacia el terapeuta?*

R. Es bastante directo e indicativo.

P. *¿El paciente en el mantenimiento de la relación con el terapeuta utiliza las mismas modalidades que en las relaciones afectivas?*

R. Aquí se notan directamente las reglas de base. Se nota, por ejemplo, en un FOB, qué significa mantener una relación con el terapeuta: él quiere que el terapeuta lo proteja, esto para él representa un punto esencial. Para un DAP es diferente, el tema principal consiste en el tipo de interés que el terapeuta demuestra hacia él, como paciente y como relación preferencial sobre otras personas, este es su prioridad: si el terapeuta lo considera banalmente como el paciente 412 significa que es un tonto como cualquier otro, un número más. Hay que entender este aspecto, porque los DAP siempre comentan: “Pero, doctor, ¿existen otras personas que tienen los mismos problemas que yo?” No lo comenta para que el terapeuta lo reconforte, diciéndole: “sí hay muchos, no te preocupes”. Si el terapeuta hace un comentario de este tipo, a un paciente DAP, le hará sentir tonto. Un comentario de este tipo por parte de un terapeuta significaría la destrucción de un paciente DAP. El DEP, en cambio, se preocupa inmediatamente de demostrar al terapeuta que el trabajo que hace en terapia, aunque sea interesante, estimulante, es totalmente inútil. El OBS sabe perfectamente que nadie le puede dar las certezas que busca y por lo tanto las pide para poner a prueba al terapeuta, para entender si el terapeuta es presuntuoso, o no, y luego se regula. Por este motivo frente a un OBS hay que interpretar el rol del terapeuta humilde, es algo que estos pacientes aprecian muchísimo; porque piensa que para un terapeuta el hecho de no tener certezas, aunque tenga el poder de imponérselas, si no se las impone, le amará con locura. Esto es exactamente lo opuesto de lo que hacían los psiquiatras tradicionales: cuando los OBS más locos pedían a los psiquiatras “doctor, escriba que no mataré a mi hija, póngalo por escrito”, le escribían cartas “le prometo que nunca mataré a su hija” y el paciente insistía “¿me lo promete?, quiero estar seguro”... “sí, te lo he puesto por escrito”. Esta es una manera en que un paciente OBS pone a prueba la inconsistencia de otra persona. Para tranquilizar a un OBS sobre este aspecto, hay que comentarle que la certeza absoluta no existe, y por lo tanto nadie puede darle la certeza que busca. Esta cosa que aparentemente parece “súper ansiógena” lo tranquiliza en seguida, es como si se reorganizara de golpe.

P: *Por lo tanto en tu opinión es importante intervenir sobre la formación, el mantenimiento y la ruptura a nivel de relación que se establece con el terapeuta. Pero hay que intervenir de una manera implícita sin analizarlo de manera explícita con el paciente....*

R: Sí me parece mejor evitar las explicitaciones, antes hay que interactuar con él implícitamente; una vez que se ha hecho una intervención implícita, y por lo tanto el problema contingente se ha solucionado, esto puede llegar a ser objeto de discusión y por lo tanto de intervención explícita; pero si se realiza una intervención explícita antes de una intervención implícita, se reduce el punto de vista subjetivo a un punto de vista objetivo,

proporcionando a la persona una idea de anulación personal. En primer lugar se interviene sobre el punto de vista subjetivo, sobre las emociones de incertidumbre que el paciente advierte con respecto a una relación significativa para él, y por lo tanto en primer lugar hay que intervenir sobre estas emociones para que el paciente se haga más consciente de ellas; luego sobre esto se empieza a establecer un discurso, pasando a ver la situación desde un punto de vista “global” como parte de su estilo afectivo, como parte del mantenimiento, de percepción de una separación inminente; esto se lleva a cabo en un segundo momento, de lo contrario, se comete el error de querer unir los dos puntos de vista.

P. Por lo tanto hay que comentar este aspecto después de que él se haya hecho consciente de su estilo con los demás, y no antes...

R. Una de las peores cosas que se puede hacer es asociar el punto de vista objetivo (esta es una interpretación) a la emoción de una persona antes de haber proporcionado el punto de vista subjetivo. Este resulta un hecho destructivo tanto en psicoterapia como en la vida cotidiana, es lo más invalidante que exista. Proporciona una idea de anulación personal además de una redefinición de las emociones. Es un sentimiento de invalidación y de redefinición desde el interior. Si tú me dices “No te vayas!” y me lo dices llorando, y yo te contesto: “tú me dices que no me vaya porque en realidad quieres que me vaya”, no sólo no me reconozco en lo que me dices, sino te digo “estas sintiendo cosas diferentes de las que me dices, y si no te das cuenta eres un cabrón porque no te das cuenta!”; el otro se queda totalmente anulado, el significado es “lo que sientes no es verdadero, en realidad estás haciendo otra cosa, aunque no lo sepas!”, es una invalidación y redefinición de las emociones experimentadas por parte de una persona.

Son dos niveles diferentes: primero se toma en cuenta el discurso de cómo él percibe esta pérdida, cómo es esta pérdida, etc. Cuando después pasas al plano de las explicaciones, si él te dijera: “ah, entonces estaba hablando así, porque a lo mejor quería que usted me dejara ir”; esto puede ser un efecto suscitado por estas emociones, pero no son las emociones; las emociones se viven.

Luego, después de un tiempo, pueden suscitar otro efecto. Una cosa es una carta “por si misma”, pero otra cosa es si tu juegas esta carta mezclada con las demás; las dos cartas no se pueden superponer.

9 LA RECONSTRUCCION DE LA HISTORIA DEL DESARROLLO

9.1 Premisa

El análisis de desarrollo, la reconstrucción de la historia de desarrollo ya lo hemos tratado como modelo general, aquí vamos a analizar el significado, la función que presenta dentro de una psicoterapia. Es la parte más crítica desde un punto de vista técnico de reconstrucción y como técnica psicoterapéutica. Ahora voy a explicar por qué es crítico. En primer lugar hay que saber en qué momento se trabaja con la historia de desarrollo: la historia de desarrollo se trata después de haber conseguido un buen nivel de auto-observación sobre el problema inicial reformulado, este nivel generalmente coincide con una mejoría significativa del trastorno del paciente.

Imaginemos, por ejemplo, el caso de un paciente con problemas interpersonales y no sabemos bien a quién se atribuyen. El terapeuta reformula estos problemas como sentirse definido por el juicio de los demás, y se empieza a trabajar sobre esto utilizando la técnica

de la moviola, mostrando al paciente cómo se desencadena el problema, o sea “cómo, a partir de las actitudes de los demás, obtiene una información sobre sí mismo”. Se entrena al paciente a reconstruir las secuencias emocionales mediante las cuales percibe que la manera en que los demás le tratan, le cambia el sentido de sí mismo. Una vez que el paciente consigue llevar a cabo hábilmente este trabajo, y logra cambiar la óptica acerca de este tema, o sea considerar la actitud de los demás como una información sobre ellos, es útil a partir de este momento trabajar para reconstruir su historia de desarrollo.

La historia de desarrollo es una fase que sirve para ampliar ulteriormente la base de la explicación y por lo tanto ampliar el significado de la reformulación. Es como el juego de las cajas chinas. El paciente acude a terapia por un problema interpersonal, por ejemplo, porque tiene “el mentón partido”; el terapeuta reformula este problema en términos de juicio, como un “sentirse definido”, y esto depende de la manera en que ve a los demás (segunda reformulación). Si el comportamiento de los demás se interpreta como una información sobre ellos, ya hemos llegado a la tercera fase de la reformulación.

9.1.1 Cada reconstrucción es una reformulación

Cuando el terapeuta empieza a trabajar con la historia de desarrollo, cambia la dimensión en que ocurren las reformulaciones, o sea dejan de ser reformulaciones relativas a la historia actual, al *hic et nunc*, para pasar a ser reformulaciones asociadas al pasado. Hay que reconstruir este aspecto, pero no sólo como un relato biográfico en que el paciente “se desahoga”. El problema del desarrollo es que mientras aparecen los recuerdos, y se reconstruyen, hay que ir proporcionando directamente una reformulación. Cuando el paciente trabaja en la reconstrucción de las secuencias de recuerdos, el terapeuta tiene que llevarle a aplicar, respetando estas secuencias, las técnicas de auto-observación, de modificación de los marcos imaginativos que el paciente ya ha aprendido a llevar a cabo, trabajando en la historia actual, de lo contrario resulta inútil.

Pongamos el caso de un paciente DAP, que trabaja sobre el recuerdo de una escena en que, a los 7 años, se sentía tonto cuando el padre le decía: “no te enteras, no sabes nada de matemáticas”. Llevarle a evocar este recuerdo sin poder recuperar este contexto en la memoria, para darle la vuelta y conseguir mirarlo desde otro punto de vista, resulta totalmente inútil, es una simple confirmación de lo que ya sabía. El recuerdo de esta escena coincide con el trabajo de reconstrucción, en que el terapeuta le lleva a reconstruir esta escena en una moviola para que pueda interpretarla como: “papá me decía que era tonto y yo me lo creía y sentía mucha vergüenza por esto”. Esto significa ayudar al paciente a cambiar el enfoque, a enfocarse en su padre, y empezar a reconstruir quién era su padre como hombre y su forma de considerar la paternidad. Este trabajo le proporciona otro punto de vista, hay que evitar las intervenciones condenadoras del padre y mantener una intervención de reconstrucción. La cosa más inútil es tratar la historia de desarrollo como un desahogo: el paciente dice: “mi padre me trataba como un tonto y yo sufría por esto”. El trabajo como desahogo significa confirmar que la historia traída por el paciente es una historia real y esto no le ayuda a entender que mientras el padre le decía “tonto” expresaba una inseguridad suya desde su rol de padre, de hecho expresaba un problema propio escondido bajo el poder que ejercía sobre este niño. Si el terapeuta se limita a trabajar sólo con el relato de la historia, es como si se le confirmara tácitamente los hechos (el terapeuta es una autoridad, es un psicólogo), se le confirma que el hecho que el padre le decía “no sabes nada de matemáticas”,

significa que “eres un tonto”. Si se sacan las conclusiones, resulta que no es verdad. Es como si se le dijera: “vale, hombre, eres tonto, pero no tanto”. Por lo tanto resulta útil, en las fases iniciales de la terapia, hacerse una idea sobre esta historia, preguntar por mamá y papá, obtener unas informaciones sobre ellos, preguntar por los estudios, por la escuela. Esto es necesario para construir un mapa de trabajo, que es útil para localizar los acontecimientos más importantes. Para que el paciente pueda trabajar personalmente sobre su historia, es fundamental que el terapeuta le haya proporcionado anteriormente las herramientas de intervención, porque *cada reconstrucción es una reformulación*.

¿Os acordáis del caso de la colega, cuya madre le hacía las muñecas de barro? Era un trabajo sobre la historia de desarrollo, era la primera sesión que hacía con ella. La reformulación provocó un efecto significativo, no solo le suscitó intensos estados emocionales durante la sesión, sino también durante toda la semana sucesiva en que afloraron muchos recuerdos acerca de los cuales no había vuelto a pensar durante muchos años. Es una chica que presenta una estructura FOB-DAP, con una infancia pasada en el campo. Su recuerdo consistía en un sentimiento de vergüenza y culpabilidad, porque las muñecas que la madre le hacía le producían asco. Este recuerdo le afectaba muchísimo, pero hasta entonces siempre le había dado una atribución interna, hacia sí misma; la madre segaba la hierba con las otras madres, y todas las madres se traían a los hijos que se quedaban jugando entre ellos ¿Por qué, en lugar de jugar con los otros niños, se quedaba al lado de la madre, jugando con las muñecas de barro? Mientras hacía este trabajo de reconstrucción del recuerdo con el terapeuta, hizo como una foto de este acontecimiento en que veía el “bloqueo de la exploración”. Se dio cuenta de la manera en que la madre le había bloqueado la exploración. No poder jugar con los otros niños le hacía estar mal, le provocaba vergüenza, que se atribuía a sí misma, como falta de reconocimiento y de repuesta al afecto que la madre le demostraba; es el típico efecto del trabajo de reformulación sobre el marco de un recuerdo, y este trabajo produce una fuerte reacción emocional. Aparecen una serie de recuerdos, como si se cambiara el orden de un tablero de ajedrez, o de un caleidoscopio; todo se reordena y de repente surgen los recuerdos asociados a este propósito implícito, evitar que se fuera a jugar con los otros niños. Esto es típico de los contextos hiperprotectores, es la fotografía de una madre fóbica que crea el ambiente más protector que pueda existir: aunque estés con los otros hijos de las otras madres, los hijos que viven en las casas al lado de la tuya, los demás juegan y tú tienes que quedarte al lado de tu madre que te hace la muñequita de barro mientras siega la hierba, porque no puede separarse de ti. Esta escena ella la había interpretado y catalogado de otro modo.

Por este motivo la persona tiene que haber hecho anteriormente un trabajo de observación sobre su material personal. El terapeuta puede recoger datos, sin llevar al paciente a realizar este trabajo en primera persona, y en este caso, se recogen, mediante unas preguntas, como cuando se lleva a cabo una anamnesis de los datos; pero cuando el paciente empieza a trabajar en primera persona sobre su historia tiene que ser capaz de manejar bien las cosas, y haber asimilado y automatizado la reformulación del problema originario.

9.1.2 Un trabajo arqueológico: recrear los contextos para que la persona pueda recordar

Las dificultades del trabajo que se encuentran al tratar la historia de desarrollo son las mismas dificultades que hemos encontrado hasta ahora. Pero en el caso de la historia de desarrollo estas dificultades se duplican. Hasta ahora se ha trabajado sobre el repertorio

actual, o de un pasado relativo a la fase adulta (ver la historia afectiva), un pasado que empieza con la exploración de los enamoramientos iniciales, a los 15, a los 18 o a los 20 años y de todas formas se trabaja sobre unos datos que están elaborados directamente por la persona, y por lo tanto, una diferencia es que en este caso se dispone de más datos. Cuando se explora la fase de pre-adolescencia, el problema principal es que no existen los puntos de referencia de que se disponía anteriormente, se dispone de 1 dato sobre 100, y por lo tanto se trata de un trabajo de arqueología. Durante la historia del desarrollo ese trabajo se convierte en un trabajo de hipótesis, o sea que el terapeuta tiene que plantear todo, y éste es el problema.

Es por este motivo que resulta fundamental empezar, desde el principio de la terapia, a construir un marco relativo a la persona. A medida que se trabaja sobre la organización de la persona, empezamos a mirar los marcos-las características que, por ejemplo, se hacen evidentes en una chica FOB-DAP, y luego el terapeuta tiene que reconstruir los contextos para que ella pueda acordarse. El terapeuta ya conoce esta persona, sabe que es una agorafóbica DAP, sabe que presenta un problema de “bloqueo de la exploración”, y por lo tanto tiene que detectar los escenarios que se hallan detrás de este recuerdo. Si el terapeuta detecta los escenarios y las dinámicas que hay detrás (aquí se necesita una teoría y un modelo de desarrollo, apego, exploración), entonces puede empezar a decir: “Vale, entonces te encontrabas en el campo, mientras mamá trabajaba. ¿Cuándo ocurrió? Ah, ocurrió durante el verano, y durante el verano qué se hacía en este pueblo, Ah! todas las mujeres iban a segar la hierba. Y ¿cómo era este ambiente?, ¿era un ambiente alegre?, y ¿cómo es que no ibas a jugar con los otros niños?” Responde: “No me iba con ellos, porque mi madre estaba muy preocupada por el posible contagio de enfermedades”. De esta manera se recrea un contexto sin que se le tenga que hacer un discurso persuasivo sobre el recuerdo, sin convencerlo de nada. El paciente nunca ha ordenado estos recuerdos, ahora los recompone y esto es un trabajo de recuperación de elementos arqueológicos: está este recuerdo, el recuerdo de una madre que se queda al lado de su hija, este es el primer elemento arqueológico. En este punto el terapeuta se detiene y empieza a reconstruir los contextos que pueden aportar un significado a este recuerdo.

Desde este punto de vista se parece al trabajo de reconstrucción de la evolución de una película a partir de unas pocas fotografías. El terapeuta dispone de una fotografía, por ejemplo de esta chica; el problema consiste en buscar el contexto en que esta fotografía encaja, y luego generalizarlo a las costumbres de la época a la que pertenece, a la familia, al significado. La manera de generalizarlo depende de todos los contextos plausibles que el terapeuta imagina para aquella fotografía. La dificultad es que se trata de *un trabajo significativo de razonamiento hipotético*.... El terapeuta imagina (una vez que ha analizado el sujeto, en este caso, por ejemplo, presenta un componente fóbico), todas las formas posibles en que ha podido ocurrir este bloqueo de la exploración; de qué manera la madre le ha hecho creer que el mundo es peligroso, cómo le transmitía que ella era débil. Ya se dispone de una información, ella proporciona una imagen precisa, un recuerdo preciso. De esta manera el terapeuta identifica los escenarios en que esta imagen se produce. No sólo fluye de una manera lógica para el terapeuta, sino que fluye y produce efectos en la paciente, ella lo reconstruye de otra forma, desde otra óptica.

9.1.3 El efecto terapéutico del distanciamiento

Este trabajo es fundamental; reconstruir con el paciente el entramado de desarrollo, y llevarle a destacar las imágenes principales. Después sobre este entramado de reconstrucción de la infancia, de la pubertad, se hace todo lo demás. Todo se asocia a este trabajo, incluso el elemento principal, el que produce las modificaciones más significativas y radicales del sentido de sí mismo; es un trabajo de análisis de desarrollo llevado a cabo de esta manera. Esto significa que una vez que se han puesto en moviola (lo que puede requerir de 8 a 10 sesiones) todas las secuencias principales desde los 0 años hasta la primera infancia, enfocándose sobre los acontecimientos clave, podéis utilizar este marco para trabajar sobre todos los problemas, entrenando la persona a recorrerlo hábilmente de arriba a abajo, asignándole a veces, incluso, tareas inútiles, como por ejemplo intentar asociar una emoción, que actualmente le perturba, con la historia de desarrollo que se ha trabajado. Lo que importa es entrenar al paciente a llevar a cabo hábilmente un trabajo de este tipo, o sea sin dificultad en construir y desmontar estas imágenes, ya que su historia consiste en estas secuencias de imágenes. El paciente debe adquirir la capacidad de construir, desmontar y reconstruir en moviola estas escenas en base a diferentes temas “construya en una moviola pensando en las situaciones, o en las personas, o en las referencias temporales, reconstruya todas las escenas asociadas al campo o a la playa”. Este trabajo le cambia de manera radical la relación consigo mismo, le cambia el modo de referirse a sí mismo. Durante mis años de trabajo nunca he visto una técnica más poderosa para producir un cambio personal, que este recorrer la historia de desarrollo más y más veces de esta manera.

Este trabajo produce el efecto más significativo de *distanciamiento* que se pueda dar en relación con uno mismo. Pero hay que recorrerlo muchas veces: una vez que el paciente aprende a utilizar la misma técnica de auto-observación que ha aprendido para la situación actual para trabajar con la historia de desarrollo, puede recomponer continuamente estas imágenes y por lo tanto desarrollar una capacidad de distanciamiento de sí mismo; el desarrollo de esta capacidad depende del trabajo de recomposición de estas imágenes: “Acuérdate del estado de ánimo que tuviste recientemente mientras tu padre te decía que eras tonto, bien, ahora toma este recuerdo y a partir de tu edad actual, 25 años, vuelve atrás hasta donde tengas memoria, intenta aislar todas las imágenes correspondientes”.

El trabajo se lleva a cabo sobre los primeros problemas, traídos por la persona. En el caso del chico que acude por el problema interpersonal, que mediante la evolución de las diferentes fases terapéuticas, se hace un tema de juicio, o sea considerar el comportamiento de los demás como una información sobre uno mismo; durante la fase de desarrollo se empiezan a recoger todas las imágenes en que se hace presente esta sensación de sentirse definido por el comportamiento del otro y se clasifican en: familia, fuera de casa, colegas, chicas; empezamos a diferenciar y a mirar cómo le cambia el sentido de sí mismo en función del comportamiento correspondiente de la persona; ‘or ejemplo: ¿cómo era tu padre? Una vez aclarado este aspecto, se lleva a cabo una reconstrucción de todas estas imágenes, tomando las imágenes en que la actitud del otro se experimenta como una definición del sí mismo, y se cambia totalmente empezando a mirar la actitud de los demás como una información sobre sí. Para aclarar el escenario se puede decir que: mientras el trabajo sobre el repertorio actual se lleva a cabo trabajando sobre la actitud de la persona hacia la realidad, aunque la persona presente desbordamientos continuos de las emociones, cuando se pasa a trabajar la historia de desarrollo se cambia totalmente el ámbito, se trabaja sobre la relación

del sujeto hacia sí mismo, sobre la manera en que reordena los recuerdos, sobre la forma en que trae la información sobre sí mismo a partir de los recuerdos; el área en que se trabaja, en que se producen los distanciamientos y las reformulaciones, es la relación consigo mismo. Es el elemento que produce los aspectos más sorprendentes.

Dicho esto vamos a ver la línea que hay que seguir. En general, los periodos que se distinguen son: la infancia de 0 a 6 años, la niñez, la adolescencia y juventud que corresponde al instituto o la universidad. Es muy importante que el terapeuta diferencie las épocas asociándolas con la escuela, porque de esta manera se facilita la revocación del recuerdo por parte del paciente: si el terapeuta pregunta “¿Que te ocurría a los 6 años?”. La mayoría de los pacientes no saben qué contestar, si se le pregunta “¿Que ocurría cuando ibas al colegio? De esta manera todos se orientan mejor, recuerdan las aulas, las clases, el maestro, los compañeros, y esto ya les proporciona un contexto sobre el que orientarse. En general una vez que se ha explorado la infancia, es oportuno explorar la pubertad, luego la adolescencia y la primera juventud que corresponden al instituto y a los primeros años de universidad.

9.2 Infancia

Obviamente la dificultad aumenta cuando trabajamos las épocas de desarrollo más distantes a la edad actual. Lo que presenta más dificultad es la época de la infancia de 0 a 6 años. Este es un trabajo arqueológico puro, hay que trabajar sobre pequeños indicios.

9.2.1 Las primeras imágenes como “fotografías”

La primera cosa que se hace, para que sirva como base, de lo contrario ni siquiera se puede empezar a trabajar, es crear un inventario de los primeros recuerdos de vida, solicitando su descripción como si fueran fotografías. Los primeros recuerdos de vida parecen fotografías antiguas en blanco y negro. El punto esencial es recoger en detalle los primeros recuerdos de vida, pueden ser tres, cuatro o cinco, seis imágenes, no más. Sería oportuno, si es posible, trabajarlos de manera escalar: cuáles son las primeras imágenes que se recuerdan y las que vienen luego. Durante esta fase de vida, de 0 a 6 años, cada año resulta particularmente significativo, por los cambios de percepción de sí mismo. Un recuerdo de los dos años, resulta mucho más significativo que uno de los 5 años. Una vez que se han inventariado las imágenes, exactamente como se recogen en el repertorio afectivo las relaciones significativas, se dan instrucciones al paciente de mirarlás una por una, describiéndolas exactamente como si fueran una fotografía. El esfuerzo que tiene que hacer la persona (el terapeuta le proporciona las instrucciones) es simplemente descriptivo, intentar reconstruir cómo es esta fotografía, quiénes son los miembros de la escena, dónde se desarrolla, quiénes eran los participantes y en qué posturas se encontraban, qué estaban haciendo y luego, si es posible, a partir de la reconstrucción de la escena, describir las tonalidades emocionales presentes en la escena. A partir de las primeras reconstrucciones de estos primeros “esquemas emocionales” significativos, el terapeuta puede descubrir los ingredientes esenciales del significado personal.

Veamos dos ejemplos: para los DEP, las primeras imágenes de vida casi nunca son relativas a los demás, siempre son imágenes en que predomina el niño dentro de la escena, casi no hay otras personas a parte de él: son imágenes cargadas de emociones en que él representa el centro de la experiencia. Frecuentemente no hay ninguna otra persona física, o se recuerdan otras personas significativas mediante el recuerdo de objetos. Recuerdo un

alumno del grupo de formación, que tenía un amor incondicional hacia el padre que casi nunca estaba con él; lo recordaba a partir de las emociones que le producía el olor de su cartera. Uno de los primeros recuerdos de este paciente a los 3 años, hacía referencia a una situación cargada de fuertes emociones, donde se encontraba solo en casa, se acercaba a la cartera del padre y la olía: “ya me espabilo por mi cuenta, necesito solo su olor”; la presencia de la otra persona puede ser opcional, no cambia si está presente o no.

Para los DAP, la situación es la opuesta, porque los primeros recuerdos de estos pacientes están fusionados con la imagen de otro, de una manera casi indistinguible.

9.2.2 Reconstruir el contexto de las “fotografías”.

Dentro del análisis de estas fotografías de los primeros recuerdos, se obtienen los ingredientes esenciales del significado personal a partir de la manera en que se compone el recuerdo. El terapeuta, por lo tanto, tiene que prestar mucha atención a estas fotografías, no dándolas por supuestas. El recuerdo no es una fotografía de la realidad, el recuerdo es una selección de datos que el niño ha seleccionado en base a cuanto estos se revelaban significativos para él. Demuestra, como en el caso del DEP que comentaba antes, una “calidad organizativa”. No es que el chico viviera solo en casa: tenía a su mamá, a su papá, los hermanos; su madre, por ejemplo, no trabajaba y por lo tanto se dedicaba totalmente a él, no trabajaba para quedarse con él. El hecho que en una situación como ésta, en que siempre estaba en contacto con alguien, es significativo que el paciente tenga como recuerdo significativo de su infancia, una situación en que él estaba solo en una habitación y se emocionaba al oler la cartera del padre, o sea resulta significativo que entre todas las informaciones disponibles, haya hecho una selección de este tipo. Esto orienta al terapeuta en la comprensión del tipo de significado que ha guiado al chico a seleccionar estos tipos de datos con respecto a otros. Luego es importante, excepto para los pacientes depresivos, estudiar cómo describen a los personajes que participan en la escena, padres, madres, hermanos, hermanas, abuelas. Hay que formular una hipótesis a partir de la descripción del contexto, sobre el tipo de situación emocional de la familia, porque estas hipótesis son necesarias para formular las preguntas adecuadas. Para este paciente depresivo, que vive en familia, tiene hermanos, la madre está siempre presente en casa, el padre ausente por motivos laborales, el tema del paciente es: una madre que vive como poco estimulante, quizás como rechazante, y de todas formas percibe una falta de soporte por su parte; ella no aparece en sus recuerdos. Cuando se tratan los recuerdos, hay que prestar mucha atención también a *lo que no aparece*; es decir, un paciente que describe sus primeros recuerdos, sin que aparezca la figura maternal, cuando el terapeuta sabe que la madre no estaba muerta, sino que siempre se quedaba en casa con los hijos, significa que el paciente no percibe la presencia de esta madre, o la percibe como una figura rechazante o indiferente y éste es el dato significativo. Esto lo demuestra también la experiencia de los estudios de apego en los niños; los niños evitantes, o sea los que evitan el contacto, son niños que perciben el contacto con la madre como rechazante. Las madres son mujeres que muestran una idiosincrasia a los contactos cercanos, en general son DAP. Estos niños se oponen a cualquier forma de contacto, mantienen una especie de situación de “proximidad intermedia”, siempre se quedan en la área de orbita de la madre, pero sin proponer nunca, de iniciativa propia, cualquier forma de contacto de proximidad física. Estos niños tienen una actitud de control de las emociones que les provocan malestar, excluyen estas emociones; en general son los niños que no tienen

recuerdos de la madre. Frecuentemente uno de sus patrones es que no aparecen los recuerdos, y por lo tanto, los tiene que buscar el terapeuta a partir de los contextos; por ejemplo este paciente trae 5 recuerdos: no obstante el padre está ausente y casi nunca se queda en casa, en estos recuerdos aparece siempre el padre y nunca la madre, aunque ésta es la que se quedaba en casa con él. Ante esta situación, el terapeuta, tiene que formular unas hipótesis acerca de los posibles escenarios, ya que son estas hipótesis que le orientarán para formular las preguntas. Con respecto a estas hipótesis se empiezan a formular preguntas acerca de la presencia de la madre. En esta reconstrucción ya se hace evidente un primer contexto de trabajo; la reconstrucción de las imágenes tendría que finalizarse cuando el terapeuta tiene una idea clara sobre cómo se sentía este niño, a los tres, cuatro años, como se sentía a un nivel de “percepción de sí mismo”, y cuáles eran los personajes principales alrededor de esta escena, y qué tipo de conexión había con estos personajes. A partir de ahí se empiezan a ver cosas significativas: son acontecimientos de separación, y éste es el elemento principal de la infancia.

En primer lugar, el terapeuta debe prestar mucha atención en la exploración de los acontecimientos externos (pasa frecuentemente que los pacientes no cuentan estos acontecimientos, muchas veces porque tampoco los conocen), por ejemplo los cambios de casa durante la infancia resultan traumáticos, sobre todo cuando el niño los desconoce.

P: *¿Por qué los niños “no lo saben”?*

R: Los padres no le dan importancia: un cambio de casa a los 3, 4 años, ni siquiera se recuerda pero para un niño puede resultar problemático si los padres no los predisponen al cambio adecuadamente, porque para un niño la casa es el mundo. Durante la primera infancia, la casa física corresponde al mundo real. El problema de los padres, entre comillas, es que consideran a los niños, (por lo menos los padres de las generaciones anteriores, actualmente no sabría decir, quizás han cambiado, los resultado los veremos en unos años) como adultos en miniatura, o sea adultos deficientes, adultos que presentan un estado de deficiencia fisiológica, que luego llegarán a ser normales con el desarrollo del pensamiento, o sea con la adolescencia, y por lo tanto se sienten libres de hacer cualquier cosa, no entienden; pueden cambiar de casa y avisarles el mismo día: “nos mudamos a una casa mejor”, y punto.

Por lo tanto siempre hay que preguntar por estos cambios; mientras se trabaja sobre los recuerdos, los temas de fondo sobre la evolución familiar, o sea los cambios de casa, acontecimientos de trabajo, “altibajos” económicos del padre, que son los que se reflejan de manera inmediata. Mientras se trabaja es importante empezar a explorar, siempre con esta modalidad arqueológica, lo que sentía el niño “dentro”, cómo el niño toleraba las separaciones momentáneas de las figuras de apego, madre, padre, familia: a partir de cómo consigue tolerar las separación se ve el tipo de apego que tenía, si era un apego ansioso o no, que tipo de actitud tenía hacia la exploración, que tipo de sentido de sí mismo lo caracterizaba, incluso el tipo de madre.

9.2.3 Una separación prototípica: primer día de escuela

El primer punto, por ejemplo, es empezar a ver todos los recuerdos acerca de la guardería. Hay que explorar detalladamente la guardería y el primer día de escuela. Aquí normalmente no cuentan muchas cosas, no hay que tener muchas expectativas. Por este motivo el trabajo en esta fase es pura arqueología, los pacientes comentan “el primer día de

escuela... , mhm... estaba un poco asustado”, el terapeuta tiene que seguir construyendo los contextos, porque después de “un poco asustado” aparece que tenía que dar la mano al compañero de clase, o que la madre tenía que venir a visitarle durante el descanso. Lo que se detecta a partir de esto es que el primer día de escuela siempre es una prueba para todos los niños. Aquí se hace siempre más evidente el significado personal.

Para el niño FOB, la cosa inmediatamente se hace intolerable, y lo que llama la atención es que mediante la complicidad de casa se hace evidente que el problema de la separación viene del hogar. Lo que es típico es que el niño FOB va a la guardería, se asusta y luego dice “Mamá, no quiero volver”, “Vale no vayas”, y vuelve a casa. En cuanto dice: “No quiero ir”, la madre “Vale, no vayas”, pero esto ocurre también el primer día del instituto. Y no estoy hablando de pacientes; en otro grupo de formación hay una colega (la de las muñecas de barro), que cursó el primer año de colegio a los 8 años, porque los primeros dos decía “no quiero ir”. Hizo el primer año de colegio a los 8 años porque el primer día de colegio dijo a la madre: “Mamá no quiero ir al colegio”, “Vale, no vayas, iras el año que viene” y de esta manera empezó a los 8 años, cosa que sólo pueden permitir los padres fóbicos. Esta es la reacción somática, física del fóbico.

Todos los otros niños presentan tipos de reacción diferentes. Para el niño DAP, el problema principal no es sentirse mal o tener miedo: el problema son los demás niños, y el miedo a la profesora, hasta llegar al terror cuando la maestra le pregunta “¿cómo te llamas?”, hay algunos que se mean encima por esto. Los DAP presentan muchos de estos fenómenos, por ejemplo, cuando son niños no tienen el control de los esfínteres anales, montan escenas. Es como la venganza del destino. Hacen todo lo que pueden para no quedar mal delante de los demás. Existe este terror hacia los demás que se configura de manera totalmente incontrolable. Algo que se ha demostrado muy frecuentemente durante los primeros días de la escuela. Vemos que estos acontecimientos les provocan mucha vergüenza, una vergüenza que le queda, aún después de 30 años de terapia. La cosa más típica que les pasa es que tienen ganas de hacer pipí, pero no se atreven a decírselo a la profesora porque no tienen el coraje de decirlo. Observad que a partir de la actitud del niño hacia las primeras separaciones, llegamos a entender también los comportamientos de los padres.

Os recuerdo aquella interesante investigación de Berry Brazelton³⁷, que desarrolló durante 20 años, en que se observó el comportamiento de los niños que las madres llevaban a la guardería y después venían a recogerlos (a través de una cámara oculta grababa el momento de la separación y del reencuentro). Distinguió dos tipos de niños, los llorones, y los no llorones. Los llorones eran los que no toleraban la separación, presentaban formas de apego físico; cuando las madres los dejaban en la guardería, los niños se pegaban a las faldas de la madre, a su ropa. Los no llorones, en cambio, se separaban del contacto con la madre unos cuantos metros antes de la puerta de ingreso de la guardería, eliminaban el contacto físico poco a poco y, en general, se despedían de las madres al entrar en la guardería. La variable fundamental de estos dos grupos de niños era el comportamiento de las madres, y era muy significativo: las madres de los no llorones eran madres que sonreían; a las madres de los llorones, nunca se les veía sonreír. Éste era el dato que más llamaba la atención, el más significativo: si se tomaban todas las partes de las películas relativas a las expresiones de las madres, se veía la diferencia entre el apego relacional y el apego físico; las madres que sonreían empezaban a estructurar otro tipo de apego, un “apego relacional” a distancia. Los niños que no lloraban eran niños que en la puerta de ingreso de la guardería se separaban de

la mano de la madre y luego antes de entrar miraban a la madre, sonreían y finalmente se despedían: la sonrisa llegaba a ser una de las formas de mediación. Era significativo que con respecto a las madres que no sonreían sólo se desarrollaba un apego físico, apegos ansiosos, no había formas de apego a distancia, el apego consistía sólo en un apego físico. A partir de la actitud del niño en estas circunstancias (guardería, etc..) se obtienen unas características relativas a los padres, por ejemplo, la utilización de las emociones en la familia, la exploración, la curiosidad: es como si fuera una miniatura. Si un niño que empieza a ir a la escuela, siente miedo hacia los compañeros, por ejemplo, significa que no tiene ninguna idea de curiosidad, de exploración, nada de esto le ha sido estimulado.

P: *¿Mostraban una diferencia significativa también cuando los iban a recoger?*

R: Sí, luego hay la fase de recogida y es un tema fundamental donde se obtienen muchos datos acerca de la ansiedad de abandono en la infancia. Es uno de los aspectos más ejemplificativos del apego como base segura, ya que el miedo constante de muchos niños es que a los padres se les olvide ir a recogerlos. En general es un tema presente en todos los FOB. Los niños fóbicos durante el primer día de escuela presentan dos tipos de patrones diferenciales: o son niños que tienen miedo, porque piensan que les puede pasar algo, o no se sienten protegidos cuando están separados de casa. Luego están los niños que tienen miedo de ir a la escuela porque piensan que mientras están en la escuela puede pasar algo en casa. Estos son niños que tienen un tema fóbico más de tipo abandonista, no tienen madres preocupadas, pero tienen miedo que los padres se mueran. Pueden ser familias donde ocurren tragedias en casa, en que la madre amenaza con suicidarse cada día o con abandonar a toda la familia, y se va. A partir de este tipo de análisis se reconstruyen estas características. Si una persona os cuenta que su miedo acerca de la escuela estaba asociado al miedo que pudiera pasar algo en casa, esto es un indicio de que en casa ocurrían cosas de este tipo, y que el niño las percibía como amenaza de abandono, y que estando presente en casa podría controlar, conjurar o evitar ese abandono inminente.

El niño que tiene miedo que le pueda pasar algo a él, en cambio, es un niño que tiene padres hiperprotectores, con un apego ansioso, que le han bloqueado la exploración, niños que no han desarrollado ningún tipo de capacidad de ser independientes, ni siquiera saben ir del salón a la cocina sin que los padres les acompañen, les falta el apoyo y por lo tanto se sienten abrumados.

También los DAP, tienen esta cuestión, pero menos en el plano físico, o sea no tienen miedo físico como los fóbicos, el miedo de “puede pasarme algo a mí o que puede pasar algo en casa”. Los DAP, no presentan estos temas, sino temas relacionados con la amabilidad, la validación o invalidación. Los padres de los DAP, muy a menudo se olvidan de los hijos, son estas familias DAP donde todo es complicado, donde siempre pasa algo, donde todo es ambivalente, donde la presencia del padre es ambivalente, donde las cosas se dicen y no se dicen “¿lo vas a recoger tú, o lo recojo yo? Se lo dicen sólo porque cada uno espera que lo recoja el otro, pero luego nadie va. Estas cosas ocurren en este ambiente de juegos familiares enmascarados, ambiguos, no dichos, donde hay un juego de “responsabilidad”, en que tú no vas a recoger a nuestro hijo y yo no te lo recuerdo, así luego te puedo regañar “ni siquiera te acuerdas de ir a recoger nuestra hija, la haces sufrir”. En contextos como éste lo que ocurre es que en serio se olvidan de ir a recoger a los niños.

Los DEP, en cambio, no presentan este tipo de historia ya que ellos volvían a casa solos, sin que nadie les fuera a recoger. Lo más significativo, hablando de porcentajes, es que casi

nunca cuentan que “alguien me viniera a recoger”. De lo contrario hay el tema “de ir a la escuela solos”, mientras “a los otros niños les iban a recoger los padres y yo siempre volvía a casa solo”. Los recuerdos que traen los depresivos de cuando eran pequeños, siempre son recuerdos de “diversidad”. Me acuerdo de una depresiva de nuestro grupo de formación, que comentaba que lo que le gustaba más a los 6 años era quedarse en la puerta de entrada de la escuela y mirar a las madres que iban a recoger a sus compañeras, las miraba y pensaba que le hubiera gustado ser una niña como las demás. Cuando dejaba de mirar a las demás, se sentía ahogada, abrumada.

Cuando el terapeuta recoge todas estas informaciones, los recuerdos, la guardería, la ida y la vuelta de la escuela, ya dispone de un contexto, empieza a delinear más concretamente las figuras de los padres, es un primer trabajo de entrenamiento acerca del “impulso”. Es como si construyera un primer pequeño mapa con estos recuerdos, la guardería, la escuela; se empieza a ver quién era este padre: alguien a quien le gustaba o que no le gustaba volver a casa, tenía miedo de volver a casa, estaba contento, era un invitado bienvenido. Hay que empezar a recoger todos los recuerdos que el paciente aporta acerca del padre, y de la relación entre el padre y la madre. A partir de estas imágenes, se empieza a reconstruir el contexto emocional de las relaciones con los padres, cómo el paciente percibía a la madre o cómo se sentía percibido por ella. Mientras tanto hay que entrenar al paciente en la realización de las tareas de casa que le estimulan los recuerdos y la memoria.

9.2.4 Las fotografías

Una de las tareas más efectivas es la recogida de fotografías. El paciente tiene que recoger las fotos que representen las fases de la historia de desarrollo que se está trabajando en terapia en este determinado momento. Por ejemplo si se ha trabajado la historia evolutiva hasta los 8 años, tendrá que recoger las fotos que tiene de 0 a 8 años (mejor que no traiga fotos de fases evolutivas que no se han tratado todavía en la terapia, porque de lo contrario el paciente empezará a contar las cosas como las sabe) puede ser que encuentre 4 o 5 fotos, da igual. El entrenamiento consiste en tomar una foto, se concentra e intenta reconstruir la fotografía, reconstruir dónde se encontraba, quién había sacado esta foto, qué situación era; si era verano, invierno, navidad, fin de año, vacaciones, si papá estaba presente en esta situación, si estaba trabajando, dónde estaba él y dónde estaba la madre. Son tareas que favorecen el proceso de “sintonización” con aquella época, que le hacen aflorar los recuerdos.

P: *¿Y si el paciente comenta que lo preguntará a los padres?*

R: No. Hay que impedirse.

P: *¿Para que pueda reconstruir el contexto de la foto, se tiene que acordar de qué estaba pasando en aquel preciso momento?*

R: ¡Claro! Es un ejercicio de sintonización. El terapeuta le puede decir: “Mira la foto y siente las emociones” como hacen los Reichianos. El terapeuta tiene que proporcionarle las instrucciones, es un trabajo de entrenamiento para la reconstrucción; el terapeuta debe proporcionar la idea que el paciente está en terapia para trabajar, no para desahogarse; se trata de un trabajo de reconstrucción de la persona, cómo era el paciente en esta época. El paciente tiene que entender que la psicoterapia es un trabajo y no una actividad no coordinada. El tema de mirar la foto, de identificarse, reconstruirla, entender dónde se encontraba, quien podía ser él en aquella época, quién sacó la foto, dónde estaba papá, etc. Es un trabajo necesario

para sintonizarse con la modalidad de percibir la realidad de aquella época. Estas son las informaciones interesantes, los comentarios sobre cómo se ven desde hoy los 5 años, no importan, y por lo tanto hay que ser bastante pesado con las instrucciones, siempre hay que proporcionar instrucciones detalladas. Todos los pacientes quieren “hacer lo que les da la gana”; miran las fotos y te dicen “Ah! Doctor, mire que cara triste que ponía”. No, no, esto no; el tema es que hay que reconstruir todo el contexto para que se pueda identificar, (claro, con la mirada de hoy) como percibía el mundo en aquella época, esta es la finalidad del trabajo.

El terapeuta tiene que reconstruir los contextos: quién era tu madre, quién ha sacado la foto, hasta llegar más en profundidad: “recuerda la ropa que llevabas, los zapatos, lo que habías hecho después de la foto”. Una vez que se ha alcanzado esto “intenta identificarte con este niño, con lo que sentías en aquella época”. Este es el objetivo, el tipo de estructura que el terapeuta proporciona al paciente, y esto no corresponde a “mira la fotografía y escribe las impresiones que te suscita”; esto no importa porque sólo resultaría una tarea de autoconfirmación.

El terapeuta necesita este proceso para entrenar al paciente en su entendimiento con esta galería de pinturas de aquella época, ser hábil con este método y tener disciplina para llegar, no se llega a conseguir esto dejándose llevar por los impulsos momentáneos, de esta manera no sirve para nada. Se debe repetir esto muchas veces y el paciente podría preguntar “¿Qué tengo que hacer? ¿Tengo que decir qué impresión me suscita la fotografía?”. “No, no importa la impresión que te produzca, haz como si fueras un detective, reconstruye estas fotografías para identificarte con lo que sentías en aquella época, no importa la impresión que te susciten actualmente, si te hace sentir triste o lo que sea, no es importante” hay que decírselo explícitamente.

P: *¿Las fotografías las puede traer a terapia?*

R: No, no! “El trabajo es suyo” no estamos tomando un café. No, las mira en casa, las reconstruye durante 20 minutos, gestiona las emociones que le surgen al mirarlas, pero siempre siguiendo el trabajo que tiene que hacer.

Los DAP, las llevaría a sesión, para que el terapeuta les ayude a definir el trabajo que tendrían que hacer ellos. “¿Doctor cómo me ve?” ¡Soy una niña triste! ¿Qué le parece?” de esta manera no corren el riesgo de equivocarse, y dicen exactamente lo que el terapeuta espera que digan. El terapeuta tiene siempre que poner un freno a estas actividades “introspectivas de desahogo” de los pacientes, porque desvían totalmente el trabajo. Éstas son instrucciones que tienen que proseguir a medida que se avanza dentro de las etapas evolutivas, la infancia y sobre todo, primera juventud, e instituto.

9.2.5 El cuento preferido

Si es posible, la fase final de la infancia tendría que asociarse a la reconstrucción o a la identificación del cuento preferido por el niño. El cuento preferido tiene un significado preciso, sólo puede ser uno o, a lo máximo, dos. Son los cuentos que el niño pide continuamente o lee por su cuenta de manera recurrente. La señal distintiva siempre es ésta: la necesidad de regularidad y repetividad que le encanta al niño. Esto se ve claramente, por ejemplo, en un niño de 4 años que tiene un cuento favorito, lo pide en casa de manera obsesiva, siempre la misma, y quiere que se lo cuenten siempre con las mismas palabras. El cuento favorito es mucho más que un deseo. El cuento favorito representa (ya que es una

época de desarrollo en que las capacidades cognitivas son rudimentarias, son sensorio-motoras y, por lo tanto, estas capacidades cognitivas trabajan de una manera analógica). La primera concepción filosófica del niño, y esta necesidad de orden corresponde a la necesidad de que los padres le cuenten la fábula siempre de la misma manera, es la primera estabilización de una realidad con la que él se ve. El hecho que se le cuente siempre de la misma forma le proporciona control sobre esto, no es una simple tontería de los niños. El niño no tiene la capacidad de reflexionar sobre las cosas por sí mismo, la adquiere por parte de los adultos o durante la pubertad. El cuento favorito es el primer orden autorreferencial analógico, que le proporciona una estabilidad hacia el ambiente de su entorno, hacia el mundo como se lo imagina, hacia la relación entre él y el mundo. La necesidad de repetitividad es la necesidad de una confirmación de este orden, de hecho piden esta repetitividad pero luego la logran por sí mismos. Todos los niños poseen libros que les han regalado, los primeros cuentos con letras grandes, los leen por sí mismos, leen las partes que necesitan escuchar, siempre de la misma manera. Los cuentos son muy importantes porque proporcionan información no sólo sobre el sentido de sí mismo, sino también de la imagen de sí mismo del niño, de cómo percibía su entorno. Proporciona también el significado personal. A veces hay una correspondencia sorprendente. Si se interpreta el cuento como una imagen analógica del ambiente en que el niño vive y donde el niño se refleja en los personajes y en los demás, se encuentra una similitud sorprendente, incluso en los detalles.

P: ¿Por lo tanto hay que identificar el personaje del cuento en que se refleja?

R: Tengo un ejemplo personal directo, inmediato. Tres datos caracterizaban mi primera infancia, una percepción absoluta de hostilidad y antipatía hacia mi madre (para mí era completamente inexistente, la enemiga de la casa, que nunca estaba); un amor incondicional por mi padre que en realidad nunca estaba en casa; el sentimiento de ser un niño diferente de los demás, cosa que me decían; me decían que no podía jugar con los otros niños en el jardín porque “tú no eres como los demás”. En mi casa había “grados de nobleza”: “aquellos son niños diferentes, tú eres un niño...!, por lo tanto no puedes ir, puedes mirar a los otros niños a través de la ventana”. De hecho me permitían quedarme por la tarde en la ventana mirando a los niños que jugaban. Por lo tanto hubiera tenido que sentir desprecio por estos niños, esta era la manera en que me regañaban, en cambio, yo me quedaba allí con nostalgia. “¿Te gustaría ir allí con ellos?” y yo “¿Eh?” y esta respuesta ya me suponía un castigo. Mi cuento favorito era Pinocho. En Pinocho no hay una madre, hay sólo un padre; un padre que durante el cuento aparece una vez y luego desaparece para siempre, incluso toda la historia se basa en la búsqueda de este padre que nunca se encuentra, y además el tema de fondo es que él es un niño diferente de los demás porque es de madera. El objetivo principal es llegar a ser de carne y hueso como los demás, no llegar a ser el famoso protagonista sino simplemente un niño de carne y hueso como los demás. Yo, Pinocho, a los 6 años era capaz de leerlo todas las tardes 6 ó 7 veces. Empezaba a leerlo de principio a fin, y luego desde el final hasta el principio, y luego volvía a empezar otra vez desde el principio; abría la página, cerraba los ojos y seguía de memoria. Cuando se consigue identificar el cuento, se encuentran asociaciones sorprendentes.

El terapeuta necesita ser culto en cuentos. Para los DAP, se encuentran muchos cuentos tipo “La bella durmiente” que es el típico cuento abandonista de los DAP; la que tiene la tendencia a engordar espera durante 10 años, quizás alguien la besará, alguien la encontrará. El típico cuento de la DAP anoréxica es “Blancanieves y los siete enanitos” Ella es la mejor

y es la más “guapa” del pueblo, siempre compite con otra mujer, sería la versión de la anoréxica contra la madre y cuando llega el principito azul y se la lleva con él, ya todo está bien.

A veces he encontrado unas asociaciones muy divertidas con los cuentos, parecían inventadas por los psiquiatras. Me acuerdo de un paciente que vi hace muchos años, que tenía un problema muy grave, era un obsesivo con todos los problemas de “un jugador compulsivo”, gastaba todo el dinero en apostar a los caballos, después tenía rituales destructivos, era un obsesivo con un tema DEP, tipo: hacía estas pruebas en autopista con el coche a 169 km/h y durante 7 segundos, conduciendo con los ojos cerrados, y luego aumentaba a 8 segundos, 9, 10, 11, había conseguido quedarse con los ojos cerrado durante 12 segundos. Uno de los temas fundamentales de su infancia es que tenía un hermano pequeño, y el paciente había abusado de este hermano, incluso con recurrentes episodios de sodomía. El cuento que más le llamaba la atención era un cuento que la abuela contaba a los dos hermanos juntos: “Caín y Abel”, y lo contaba siempre comentando que el hermano pequeño era tan buen chico, dando entender, que era Abel, el hermano bueno y puro. El recuerdo del cuento le quedaba muy claro, y cuando le pregunté por su cuento favorito, me contestó inmediatamente “Caín y Abel!” .

P: Con respecto a los cuentos, no es suficiente preguntar por el título ¿o sea la persona tiene que contar la historia tal como se la contaban en aquella época?

R: Se necesitan dos cosas: en primer lugar asegurarse que el cuento que trae sea realmente el favorito. En general el cuento favorito coincide con el primero que uno logra recordar, pero no es una regla. Luego hay que comprobar si se trata del cuento que el niño quería escuchar o leer todos los días, siempre de la misma manera. Cuanto más se trata de un cuento favorito, tanto más los niños quieren escucharlo de la misma manera, con las mismas palabras. Se trata de una cuestión de ordenamiento del mundo. Luego pueden ocurrir dos cosas: que el terapeuta conozca el cuento, y el paciente le tiene que contar lo que se acuerda él de la historia, porque de esta manera se pone en evidencia lo que el paciente ha sacado de este cuento, pero es importante que el terapeuta conozca ya el cuento.

P: ¿También el rol que tenía dentro del cuento?

R: Esto te lo da el criterio del cuento de por sí, proporciona una idea de lo que ha dicho, de lo que ha leído, de lo que le ha llamado la atención. Es muy frecuente que el cuento favorito sea inventado, y por lo tanto resulta difícil realizar este trabajo; a veces se lo ha inventado la canguro, la abuela, la mujer de la limpieza y él se lo vuelve a contar a la nueva canguro para que ella se la vuelva a contar a su vez. En estos casos no se dispone de categorías oficiales. Si se trata de Blancanieves, Pinocho o La bella durmiente, el tema es diferente porque se dispone de los puntos de referencia culturales.

P: Pero cuando el paciente trae estos cuentos inventados, quizás se acuerda del título, por ejemplo, creo que el título de estos cuentos es significativo.

R: Sí, sí... de hecho también en los cuentos inventados se encuentra el tema de fondo. Uno de los colegas del segundo grupo de formación, por ejemplo, un DEP, tenía el recuerdo del cuento de “Giufà”, que trataba de alguien a la espera de que alguien le lanzara una aceituna pero nunca alcanzaba agarrarla, casi siempre le caía a un lado. Dentro de esta simplicidad, hay un tema de exclusión, un tema de esfuerzo y que a pesar de esto, nunca se consigue nada.

P: ¿Con respecto a esta recolección de recuerdos, la capacidad de lo que el paciente consiga recordar ¿se asocia a una determinada organización de significado?

R: Sí, corresponde, pero esto no significa que la capacidad de recordar sea una capacidad “orgánica” de la memoria, hay significativas diferencias; las personas con mayores capacidades de memoria y revocación de los recuerdos son los DEP y los OBS, pero por razones diferentes.

Los DEP son los que llaman la atención en la precisión y los detalles con los que evocan sus recuerdos, y al mismo tiempo llama la atención la distancia emocional en su manera de contarlo, el depresivo presenta un gran interés hacia sí mismo; en base a esta buena memoria de los acontecimientos del pasado, demuestra que él siempre ha sido la persona más importante para él.

El OBS también tiene buena memoria, pero no depende del hecho de presentar un interés hacia sí mismo (como el DEP). El obsesivo presenta una meticulosidad hacia el recuerdo en sí, quiere ser preciso, no cometer errores, y por lo tanto no existe esta referencia a sí mismo. Lo que llama la atención para un OBS, es que esta precisión de los recuerdos nunca corresponde a una precisión adecuada de los significados, como si fuera un tema de reconstruirlos exactamente en sí mismos, en cambio, referirlos a sí mismo y encontrar en los significados personales es menos importante para ellos. Para un DEP, en cambio, es el tema principal, relata los recuerdos con muchos detalles, porque refleja esta actividad continua de elaboración de los recuerdos.

El DAP es el que tiene menos memoria, pero no se trata de un tema de reducción de la capacidad mnemónica, es una actitud de enfoque de las emociones, una manera de dejarlas de lado. El hecho que tiene una capacidad de relación consigo mismo que se basa sobre el autoengaño, o sea se basa sobre el tener consciencia bastante dúctil a consecuencia del hecho que presentan márgenes de sí mismo bastantes disociados, y esto le permite dejar a un lado muchas emociones y muchos contextos sin poderlos enfocar bien. Lo que caracteriza a los DAP es la absoluta imprecisión que muestran para los recuerdos, en que todo es flotante, el mismo acontecimiento podría haber ocurrido hace 5 años, pero quizás hace 15 años también. Generalmente en los DAP se nota esto: a medida que se procede con el trabajo terapéutico y adquieren más confianza al exponerse, perciben menos la confrontación con el terapeuta, mejora la memoria y recomponen todos los datos; por lo tanto, se pone de manifiesto que los recuerdos son ambiguos porque recordar para ellos significa exponerse a sí mismos, cuanto más te acuerdas nítidamente de algo, tanto más te ves obligado a tomar posición, incluso a tomar una posición emocional hacia esto. Si el recuerdo es confuso, se puede tomar una posición ambigua. Por lo tanto, para un DAP, es muy importante que asuma una actitud mnemónica y reconstructiva seria, que se comprometa y que tome una posición emocional hacia sí mismo; es una cosa muy significativa. El FOB es el que tiene peor memoria de todos, porque le da igual. (Mientras que los DAP poseen la información, pero no quieren enfocarla). El trabajo que se hace con los FOB es diferente porque los FOB han focalizado la atención sólo sobre los aspectos sensoriales, concretos de la vida, y esta ceguera emocional, que le impide identificar el rol protector de su mujer hacia él; proyecta esta ceguera incluso en los recuerdos. Tiene todos los recuerdos categorizados por esta misma ceguera, y dentro de estos recuerdos no hay trazos de emociones. Los acontecimientos se asocian a los estados de salud. El problema fóbico es que él ha seleccionado sólo los recuerdos asociados con la salud física, conseguir que pueda mirar a otros recuerdos es un trabajo muy difícil. Por lo tanto, los que no tienen buena memoria son los fóbicos y los dápicos. Con los FOB, se consigue expandir el contexto en línea con el fondo... todos estos recuerdos que trae, no se asocian a aspectos

de la vida emocional, son recuerdos que pueden ser interpretados en esta línea: peligro, protección, pérdida de contacto, y se trabaja sobre esto, se reformula continuamente y se consigue, a veces, recuperar algunas cosas. El problema es que los datos ya han sido híper seleccionados.

9.3 La Niñez

9.3.1 La aparición de un nuevo escenario: la escuela

El terapeuta, a partir de la niñez, tiene que reconstruir siempre dos ambientes simultáneamente. Durante la infancia se ha reconstruido un contexto, un escenario posible, se han recompuesto los recuerdos, la guardería, la figura del papá, la presencia de mamá. Aquí hay que desarrollar este contexto; es el contexto de la escuela y con la escuela el contexto se divide en dos ámbitos separados. El niño empieza a tener, por primera vez en su vida, una polaridad en casa y una polaridad externa a casa. Hay un mundo que empieza a ser un mundo propio para él, un mundo suyo, en que la presencia de los padres está mediada, no está su presencia directa. Estos dos mundos hay que observarlos con una mirada de interdependencia entre sí. Esta es la razón por la que “sirven las teorías”, para reconstruir los contextos. Por un lado, hay que tomar en consideración que la actitud social o interpersonal que el niño lleva en su red social personal es el reflejo de las relaciones de apego que tiene en casa. Por otro lado, resulta muy significativa la actitud que el niño manifiesta en la escuela con sus profesoras y sobre todo con los coetáneos. Para un niño lo que importa son los otros niños, además de los padres. Se puede observar a partir de los recién nacidos las imágenes a las que reaccionan como más estimulantes son las imágenes de otros recién nacidos. Y de todas formas los coetáneos tiene una importancia esencial en el desarrollo cognitivo y emocional, una importancia fundamental, hasta llegar al hecho de que una buena relación con los coetáneos puede modificar o invertir las líneas de tendencia de desarrollo debido a apegos disfuncionales en casa, puede operar un buen contra-balance. La separación emocional entre el niño y lo padres empieza realmente con la escuela cuando por primera vez el niño tiene otro mundo de referencia en que la presencia de los padres no es inmediata.

9.3.2 Expresividad emocional y expectativas de los padres

Los recuerdos, durante la fase de niñez, se hacen más evidentes, aunque sea siempre una época “arqueológica”. Durante esta fase se puede reconstruir el estilo familiar. Por lo tanto hay que prestar mucha atención a estos aspectos: en primer lugar la reconstrucción de las modalidades de apego en casa. ¿Qué significa? Significa (estamos trabajando los 7, 8, 9 años) recoger las imágenes presentes en la relación directa con la madre o con el padre; analizando estas imágenes, sacando la tonalidad emocional e intentando reconstruir el esquema emocional de la relación del niño con la madre y con el padre en aquella época. Dentro de estas imágenes en construcción, el terapeuta tiene que empezar a reconstruir, por ejemplo, las emociones intercambiadas, como son las emociones fundamentales suscitadas por parte de los padres a través de estas imágenes: vergüenza, sujeción, miedo, alegría.... *La expresividad* de estas emociones.

P: *¿Qué es la expresividad?*

R: La manera en que se expresan las emociones, por ejemplo, si sentía vergüenza, qué

hacía cuando se sentía avergonzado. Cuando la madre, por ejemplo, le decía que era un niño malo; se tiene que explorar que hacía con esta vergüenza, si la reprimía, si la externalizaba, si la madre se daba cuenta de lo que ocurría. Si es posible, el terapeuta, tiene que sacar verdaderas escenas. En esta fase ya se deja de trabajar solamente con imágenes, a partir de la niñez y de los primeros días de la escuela, se puede trabajar con verdaderas escenas, escenas en que hay una situación “x” de conflicto o intimidad con la madre debidas a la ocasión “x” de escuela, o la ocasión “x” del cumpleaños. Se empieza a reconstruir la escena en moviola, o sea ver la manera recíproca de relacionar uno y otro, como por ejemplo las expectativas que tenía la madre hacia el hijo, por ejemplo, qué tipo de reproches le hacía. A partir de los regaños se pueden deducir el tipo de expectativas de la madre, y el tipo de indicaciones educativas que la madre proporcionaba al hijo.

9.3.3 Expectativas y estrategias educativas familiares

Una línea de trabajo que se utiliza cuando se trata la niñez es intentar entender las preocupaciones educativas y las estrategias educativas de base de los padres, por ejemplo, cuáles eran las normas y los deberes que cumplir. El terapeuta tiene que llevar el paciente a revisar la importancia de estas normas, formulando preguntas en contrapruebas: “Vale, nunca lo has hecho. Imagínatelo ahora: tienes siete años, estás en casa en esta situación que acabamos de reconstruir, qué hubiera hecho enfadar a tu madre. Si hubieras querido que tu madre se volviera loca, ¿qué es lo que hubieras tenido que hacer para que se enfadara?”

Hay que explorar con mucha atención los momentos de expansividad. En primer lugar los impulsos del niño hacia la madre o hacia el padre, en qué momentos percibía estos impulsos hacia ellos y qué es lo que ocurría después, si estos impulsos implicaban algunas actitudes o comportamientos. Ídem respecto a los padres, cuáles eran las cosas que los padres percibían como manifestaciones de afecto. El cambio en la niñez a los 5-6 años es un momento delicado para los niños, porque implica un primer cambio en la manera de percibir el apego hacia los padres. Esto porque hasta los 4-5 años, si los padres no han sido particularmente incapaces, el niño percibe el apego por parte de los padres como un apego más o menos incondicionado, referido al hecho de que *él es él*.

A medida que empieza a canalizarse en un camino más específico, la escuela, los deberes, se desarrolla el sentimiento, sobre todo en los DAP, de que el apego de los padres está condicionado a algunas actitudes del niño, a ciertas prestaciones. Este sentimiento de redimensionamiento lo desarrollan todos los niños, pero para los DAP, llega a ser un tema de fondo: personificar o corresponder a las expectativas de los padres significa sentirse amado, y este es el tema del apego. Es un hecho que ocurre para todos los niños. Por lo tanto resulta de mucha importancia explorar las estrategias educativas, así como el sistema de normas y deberes. No sólo de normas y deberes en una medida escolar, sino de normas y deberes del comportamiento en general: cómo tenía que portarse, qué se tenía que hacer, cuáles eran las diversiones permitidas, cuál era el concepto de niño bueno, qué es lo que tenía que hacer un buen niño a los 7-8 años. A partir de la estrategias educativas concluimos una imagen de la concepción del mundo de los padres, de cómo definían el niño a través de estas estrategias.

Para un niño FOB, que siempre tiene miedo de perder el control, lo que siempre le dicen los padres es que tiene que controlarse porque es un niño impulsivo, como si la cosa más

importante que hacer fuera no perder el control en público, nunca; a veces le comentan “mejor que no vayas porque eres demasiado impulsivo, no te controlas, te equivocas”; incluso las cosas delicadas como ir a hablar con un profesor “No, no te lo lloves a él, porque él es demasiado...”. El énfasis es siempre sobre esto. Otro es el no mostrarse débil; nunca se dice: “no tienes que mostrarte débil”, pero se prohíben todas las manifestaciones de debilidad.

Forma parte de la identificación de las estrategias educativas explorar los ejemplos de comportamiento que el niño tiene que personificar. ¿El niño es entrenado para seguir estándares internos o externos? ¿Aprende a utilizar las capacidades internas o a conformarse con los estándares externos codificados? Desde este punto de vista, una de las estrategias típicas de las familias DAP es la “impersonal”, es una constante comparación con los demás: “Ah! tu primo ha conseguido la nota más alta de la clase en matemáticas, en historia y es el mejor en natación...” Dentro de cualquier época de la vida hay siempre un elemento de comparación con el cual hay que conformarse, y el niño sale de esta comparación como un perdedor. Es muy frecuente que el elemento de comparación esté dentro de casa.

9.3.4 La expansividad

Las modalidades en que se manifiesta la expansividad se tienen que explorar en esta área. El aspecto expansivo se tendría que plantear mediante la pregunta del millón. Ya que vale mucho es mejor no desperdiciarla, o sea se tiene que formular de una manera que no sea posible eludirla, por ejemplo, introduciendo una pequeña premisa sobre la expansividad. O sea que la expansividad tiene un rol preciso de confirmación del apego, que la relación de apego no es un constructo mental y por lo tanto no es algo que se pueda eliminar, si no existe una expansividad concreta hay que encontrar nuevas formas de sentir el apego. Una vez creado este contexto, la pregunta es: “¿cómo te dabas cuenta (estamos explorando de 0 a 10 años) que mamá te quería? ¿A partir de qué cosa te dabas cuenta de este amor? No porque lo sabías, porque seguramente tu madre te quería, pero ¿cuáles eran los detalles que te hacían percatarte de que tu mamá te quería? O sea qué actitudes, comportamientos de tu madre; quizás en aquella época no lo sabías todavía, pero mirándolo desde hoy”. Ídem para el padre. Los DEP a veces ante la pregunta “¿cómo te dabas cuenta?”, contestan de manera impactante: “Doctor, nunca me he dado cuenta”.

9.3.5 Áreas de evitación

Otro aspecto importante a explorar es el comportamiento agresivo del niño en casa o fuera de ella, aquí surgen diferencias. Ídem para los comportamientos de evitación, los sectores de evitación fuera o dentro de la casa. Las áreas de la realidad que se evitaban, los ámbitos de la experiencia que se descartaban, o sea los ámbitos que se evitaban tanto dentro como fuera de casa. Por ejemplo un DAP que te dice: “en mi casa nunca he profundizado la relación con mi padre para evitar darme cuenta que él prefería a mi hermana”.

P: *Me parece bastante difícil que te conteste esto.*

R: Lo dice, lo dice comúnmente, normalmente, absolutamente inconsciente de lo que significa, absolutamente inconsciente del hecho que sí se dice: “no quería darme cuenta”, significa que ya se sabe, de lo contrario no existirían los autoengaños DAP. Y el terapeuta hace un esfuerzo para que éste lo note.

Las áreas de evitación se pueden explorar a condición de que ya se tenga una hipótesis acerca del tipo de organización; el terapeuta tiene que poner en evidencia estas áreas dentro de un trabajo de reconstrucción y reformulación. Sobre esto el trabajo que se ha hecho anteriormente sirve para orientarse. Se supone que se trabaja sobre esto desde hace meses. Por lo tanto si se trabaja con un DEP, el área de evitación se asocia a los demás, si se trata de un DAP la comparación es con los demás. El paciente depresivo evita el contacto, el DAP la comparación. El FOB evita todo lo que se asocia con el enfrentamiento de las novedades.

P: *¿Y los obsesivos?*

R: Los OBS tienen un origen moral intransigente. El tema del obsesivo es que deja que le tomen el pelo, a veces llega a ser el hazmerreír de la clase, hecho que él sabe dominar porque tiene un lenguaje fluido; por ejemplo: cuando suceden las primeras confidencias y las primeras picardías sobre los aspectos sexuales (los descubrimientos de los niños en el colegio), el obsesivo se niega o no quiere descubrir, quiere estar por encima, mirando con desconfianza estas cosas, o puede ocurrir en situaciones en que participa en una picardía sexual con los compañeros sobre la profesora. Luego aparecen los escrúpulos religiosos y por lo tanto se convierte en un área a evitar. El tema es éste, luego en función de la persona específica, el terapeuta, anticipa los escenarios posibles en que esto ocurría.

Cuando se han explorado todas estas cosas: el discurso, los patrones afectivos en casa, las maneras de expresar la expansividad, a partir de qué se da cuenta uno de que los padres le quieren, deberes, normas, cómo se tiene que portar, quiénes eran los personajes, una vez que se ha reconstruido todo esto, se vuelve a hacer el trabajo que se ha hecho con la infancia, o sea las figuras de mamá y papá; analizamos cómo era la presencia de mamá y papá en esta época. Casa y escuela son las dos líneas de trabajo.

9.3.6 *Apego y escenarios familiares*

Aquí ya entramos en la niñez avanzada, ya se ha trazado el perfil de los padres, y por lo tanto se pueden empezar a reconstruir los escenarios relativos a cómo se vivía en familia. Una de las modalidades para reconstruir exactamente las figuras de los padres se asocia al rol del padre. La madre normalmente se encuentra frecuentemente en esta serie de imágenes de experiencia directa. Las madres generalmente, en nuestra cultura, son más cercanas en su presencia física. El padre, en cambio, siempre es una figura a la que se asocian recuerdos en parte propios o directos y por otra parte relatados o referidos. En nuestra cultura el padre está menos presente, y la relación con el padre es más mediada; por lo tanto hay que reconstruir atentamente la parte asociada a los recuerdos del padre, no a los recuerdos de experiencia directa con él, sino a los recuerdos contruidos de relatos referidos. Es menester hacer aquí este trabajo, una vez disponiendo de un mapa de la niñez ya reconstruida. La primera cosa que se explora es la manera en que la madre hablaba del padre, porque en general es la madre la que desarrolla la figura del padre, es la madre que habla continuamente del padre y que por lo tanto proporciona una imagen del padre al niño. Cómo el padre trabaja, cómo es en casa, qué hace. Construye una imagen como hombre, como padre y como trabajador. Esto es un tema fundamental: las familias DAP presentan madres que denigran a los padres. Este padre está ausente y por eso todo es culpa suya. Pero es la madre la no quiere que la hija vaya al cumpleaños de 18 años: “si tu padre lo supiera.” Este hombre es un ogro tremendo. Luego ocurren los grandes descubrimientos, quizás la mamá muere y la hija a los 25 se encuentra

con este hombre y descubre que es muy cariñoso, se da cuenta que ha sido siempre una víctima de esta mujer que siempre había pensado que era un ogro. “Por mí podrías irte a la fiesta, pero si tu padre se entera que te vas a bailar, nos mata a todos!”

Siempre hay que explorar la manera en que la madre introduce al padre, sea explícitamente, sea implícitamente, o sea refiriéndose a él en tercera persona. Luego se exploran los comentarios que se hacen en familia acerca de los altibajos de la vida del padre, altibajos personales o profesionales, económicos.

Otro dato de observación inmediata es el tipo de soporte emocional que el padre ofrece a la madre, y el tipo de soporte emocional que la madre ofrece al padre. Estas cosas son muy importantes, porque el tipo de soporte emocional que el padre proporciona a la madre, para una chica empieza a ser una primera estructura de lo que ella puede esperar de un hombre en la relaciones afectivas, es una primera estructura más o menos precisa en función de si ella acepta o no acepta una identificación con la madre. Si no la acepta, simplemente, le dará la vuelta. Ídem para los chicos, a partir del tipo de soporte emocional que la madre ofrece al padre, el chico empieza a deducir las primeras expectativas y las primeras reglas de gestión de las situaciones sentimentales afectivas.

Es muy importante otro punto de observación indirecta que no tiene nada que ver con la relación directa con los padres; es la observación de cómo el padre interacciona con la red social de la familia: ¿Cómo se presenta en las situaciones sociales? Por ejemplo: fiesta de familia con treinta invitados, ¿qué lugar ocupa él entre todos estos invitados?, ¿es el perro maltratado, es el ogro del que hablaba la madre o es el hombre brillante, el centro de la fiesta y todos se dirigen a él? Porque esto es importante: a partir de la manera en que el padre interactúa con la red social, el chico empieza a deducir las reglas de la realidad, cómo se enfrentan, cuáles son las cosas significativas que un hombre tiene que hacer, las cosas que no se deben hacer.

De todas formas, una vez que se han recogido estas observaciones ya se dispone de un buen contexto: ¿cómo mamá comentaba los altibajos de papá, cómo comenta su figura, cómo reacciona papá a esto? Aquí el terapeuta puede empezar a reconstruir los escenarios emocionales de esta familia, cuál era el clima emocional, cuáles eran los valores, las expectativas, etc. Mediante estas reconstrucciones del clima familiar cotidiano se encuentran, a veces de una manera sorprendente, los ingredientes esenciales de los aspectos organizativos.

Recuerdo el caso de una paciente DAP, que tiene el sueño del gran amor, las DAP más relacionales³⁸, que nunca había tenido problemas alimentarios significativos, pero tenía una vida de Blancanieves, con muchos príncipes azules alrededor, que luego resultaban ser ranas. Había un paso continuo de uno a otro, siempre con una persistente expectativa infinita de que el sueño se hubiese realizado. Y luego “batacazo”, cada vez. Tenía una relación muy intensa con el padre, que era su figura de referencia, aunque la relación fuera la típica relación de las familias DAP: ninguna expansividad directa, ninguna expresión de opinión directa, etc. Uno de los recuerdos típicos de su infancia, cosa que le ha durado toda la niñez, era el domingo, o sea el día en que ella tenía la máxima atención del padre. El domingo ocurría lo siguiente: papá jugaba a las quinielas, era un fan del fútbol, y todos los domingos, por la mañana ella y el papá jugaban a las quinielas; jugar entre comillas, porque el padre lo hacía en serio. Durante toda la mañana se imaginaban qué harían si ganaban el primer premio, hacían muchos proyectos: cambiar de casa, comprar una villa, cambiar de coche, y a medida que se

producían los resultados de los partidos, aparecía un estado de fuerte decepción. A veces el padre se aislaba en su habitación, se encerraba y no salía hasta el día siguiente. Construía una constante ilusión que acababa en fracaso. Todos los domingos había esta ilusión intensa, que era la única implicación emocional que ella tenía con el padre. Un domingo *bipolar*: la mañana era estupenda, ella y el padre se imaginaban viajando por el mundo, compraban villas y a la tarde la tragedia.

A partir de estas reconstrucciones de posibles escenarios de situaciones familiares obtenemos datos bastante significativos, alcanzamos distintas perspectivas de vida y donde obtenemos informaciones más detalladas acerca de los personajes sobre el padre y la madre en sí mismos, como seres humanos, donde salen los temas fundamentales y los descubrimientos, por suerte o por desgracia, de estos temas por parte del paciente. El terapeuta en esta fase ya tiene los elementos necesarios para anticipar o reconstruir estos temas, y estos elementos dependen del trabajo de reconstrucción del contexto familiar, sobre mamá y papá como personajes en sí mismos, que se ha llevado acabo anteriormente. Por lo tanto siempre hay que explorar las situaciones de trabajo, los recursos económicos de la familia, prestando mucha atención a la evolución de la relación entre madre y padre.

Otro tema típico de los DAP, es un clásico: una paciente bizca, o sea con un estrabismo muy leve durante la infancia; un estrabismo que se ha corregido con una intervención después de la pubertad entre los 12 y 13 años, real, de la base del desarrollo de algunas chicas de Roma, encías de verificación concreta, real, de la base del pro 13 años; el dato importante es cómo se ha vivido en la familia la espera de esta intervención correctiva. Desde cuando ella era estrábica (imaginaos para unos padres DAP qué significa tener una hija estrábica ¡qué vergüenza!, ¡una tragedia! “la gente va a pensar que tenemos una deficiencia hereditaria en la familia”) han vivido esta espera desde el nacimiento hasta los 13 años como una espera mesiánica: un vez operada de estrabismo se habría vuelto la chica más guapa del mundo, habría ganado el concurso de Miss (y ellos se lo habían dicho repetidamente); por lo tanto cualquier cosa se asociaba a este acontecimiento, cualquier dificultad que ella tuviera en la escuela, o de aprendizaje: “Ya verás, después de la intervención, tendrás un vida totalmente diferente”. Imaginad qué ocurrió después de la intervención, ella empezó a verse aún más fea de lo que era antes, y de hecho ha engordado 20 kilos en poco tiempo. Reconstruyendo todo el contexto familiar, se notaba que esta intervención para la familia era como la llegada de papá Noel, hubiera cambiado la vida de todos. Habían puesto todas las esperanzas en este acontecimiento: las dificultades escolares, incluso las depresiones de la madre. Cuando ella se hubiera vuelto una chica normal, guapísima, también la madre se habría vuelto más alegre, satisfecha, menos depresiva. Todo... Sin embargo, no ocurrió nada de todo esto.

9.3.7 El cambio al sistema de Educación Secundaria Obligatoria (ESO)

Durante la niñez el cambio a la secundaria es un acontecimiento importante. Se tiene que prestar mucha atención, porque implica grandes cambios para el chico o la chica: ya en la escuela primaria se empieza a manifestar una mayor exigencia de responsabilidad, los profesores se hacen más severos, menos tolerantes, y exigen un comportamiento más adulto y responsable por parte del niño. Resulta muy significativa la pérdida de la “única maestra”, en esta fase no hay un profesor único que prepara los alumnos durante 5 años, con el que se ha establecido una relación de apego vicaria como si fuera un sustituto de los padres: la escuela primaria de 0 a 10 años, de alguna manera refleja la estructura familiar. Durante esta

época estas cosas se pierden, la relación con el profesor se vuelve más impersonal, hay una mayor exigencia de responsabilidad, hay más profesores y casi todos los niños perciben estos cambios. Frecuentemente se asocian a un cambio de escuela, incluso de barrio, donde hay que reconstruir un nuevo contexto. Hay muchas más asignaturas, los temas de estudio se hacen más difíciles, aumentan los tipos de exigencias; durante la fase escolar precedente sacar buenas notas es muy fácil, en esta fase se hace mucho más complicados sacar buenas notas; sacar un 6 o un 7 ya es un verdadero éxito. Durante la fase escolar precedente (EP), te subes a la silla, recitas poesías de Navidad y sacas un 10. Luego en la ESO sacar un 10 es casi imposible.

Todos estos cambios se perciben mucho. Los DAP son los que lo perciben más, porque presentan el tema de la ejecución; de hecho son fácilmente reconocibles, incluso a partir de la niñez. Los niños perfectos son DAP u OBS. El OBS es el súper listo, el que no percibe el cambio, pero acusa los golpes emocionales en forma de rigidez, se vuelve aún más riguroso. El DAP acusa el golpe, le aparecen las primeras señales de falta de coordinación, porque en este momento deja de ser el primero de la clase y esto le crea muchos problemas, sobre todo en casa, porque los padres, a consecuencia de esto, cambian totalmente la actitud hacia él. Durante esta fase escolar, las relaciones con los compañeros se hacen importantes, llegan a ser relaciones privilegiadas; se hacen la contrapartida de los chicos; aquí hay que analizar los patrones, los modelos de selección, o sea el rol que asumen dentro del grupo de los coetáneos: central, marginal, externo. Se dan los patrones característicos. El DEP se ocupa de lo suyo, sin considerar al grupo. Se sitúa siempre en la periferia del grupo. El DAP, en general, elige una figura de soporte; los DAP se caracterizan por ser siempre los segundos, eligen como mejor amigo al más brillante del grupo, y se pone detrás de él, y esto le sirve para no exponerse, para tener una relación más filtrada con la realidad. Para las chicas se hace aún más evidente, o sea estas amistades “la compañera del corazón” llegan a ser una “condición *sine qua non*”, como si la realidad se filtrara a través de esto. Los FOB se acercan a las personas más protectoras, a los compañeros protectores; a los FOB no les importa el compañero brillante, les interesa un amigo que les dé confort, que les proteja, que les complazca. El OBS no tiene relaciones buenas con el grupo, porque siempre es el que se diferencia de los demás por esta elevada capacidad lingüística, por este rigor moral, por estas capacidades cognitivas superiores a la media de su edad, es el “empollón” del grupo, ni siquiera está aislado como el depresivo, es el que personifica la consciencia del grupo y esto le crea estas dinámicas.

El terapeuta en esta fase ya ha identificado el tipo de tonalidad emocional y de relación con las emociones que caracteriza a la persona. Tendría que haberlo identificado a través del trabajo con el problema inicial, durante las primeras sesiones, el trabajo con los repertorios afectivos actuales, el repertorio de agresividad actual, etc., así como ya durante la fase de la niñez y aún más durante la fase de la ESO, el terapeuta tiene que reconstruir el mismo patrón emocional que ha observado antes en el adulto y luego en el niño. La tonalidad emocional de un DEP; por ejemplo, se identifican las “emociones principales” como la impotencia, la rabia, que es la más difícil de controlar. Las otras emociones se definen en relación a la pérdida. Estas cosas, que el paciente ya conoce porque ya se han trabajado durante la fase del repertorio actual, se tratan también en esta fase: durante la fase de la niñez se entrena al paciente a reconocer esta organización inicial, por ejemplo, que ya durante la niñez necesitaba de la rabia y de la pérdida como “reguladores”. Lo mismo les puede ocurrir a los

FOB: todas las emociones críticas que los fóbicos no detectan, las emociones asociadas a las relaciones interpersonales de las que dependen mucho, son emociones que no detectan ni siquiera durante la infancia. Ídem para los OBS: está la agresividad, la sexualidad. El terapeuta tiene que haber trabajado anteriormente, durante la fase del repertorio actual, las tonalidades emocionales y dentro de éstas las emociones críticas; estas emociones, por un lado se identifican y se detectan con una dificultad mayor, y por otro lado, son las emociones “claves de reconocimiento”, mediante las cuales se detectan las otras emociones. Este trabajo hay que profundizarlo también durante la fase evolutiva; el terapeuta, por ejemplo, puede mostrar al fóbico que ya desde los 10, 11 años, el miedo representa su emoción “clave”; todas las otras emociones derivan de ella. Este trabajo evoluciona y desarrolla la comprensión de esta recodificación de las emociones.

Último punto importante: a medida que reconstruimos los contextos familiares como el ambiente en casa, etc., se hace aún más fácil reconstruir las secuencias, por ejemplo, las secuencias de una situación de discusión, contraste, ruptura, “malas caras” por parte de una madre, separación y reconciliación...

P: Si una persona dice no tener recuerdos de la época comprendida entre 0 a 7 años, ¿se pasa al trabajo con las fotografías?

R: Una situación de este tipo sería bastante grave; no tendría que pasar porque si ocurre significa o que el terapeuta ha empezado a trabajar prematuramente con la historia evolutiva, y por lo tanto la persona no está preparada, o significa que la persona no tiene ningún conocimiento acerca de su vida interior, que no sabe lo que significa tener una vida interior. No está acostumbrado a reflexionar sobre sí mismo, y por lo tanto el único trabajo que se puede hacer, en este caso, es una recolección biográfica. En el caso en que el paciente está preparado para empezar este trabajo, o sea que ya lo ha hecho por repertorio actual, y por lo tanto ya sabe cómo reconstruir bien las secuencias. Significa que presenta problemas en la relación con el terapeuta, es como un intento de sabotaje hacia el terapeuta, quiere demostrarle que no es capaz; en el caso en que el paciente no muestre un actitud de oposición hacia el terapeuta significa que tiene una identidad muy disociada.

P: Me refería al caso del DAP, por ejemplo, que un paciente podría tener la tendencia a traer recuerdos que no son suyos, sino recuerdos relatados o referidos por otros.

R: Esto no es importante, la mayoría de los primeros recuerdos son relatados.

P: ¿Tiene que ser un recuerdo que presenta una sensación personal, propia, o vale también un recuerdo relatado, pero que es nítido para una persona?

R: Las dos cosas se mezclan siempre, aunque para los recuerdos “en directo” se evidencian connotaciones sensoriales, pero vale para todos los recuerdos, los primeros recuerdos son tales porque han sido contados en casa.

P: Por lo tanto, estos tipos de recuerdos, ¿se aceptan como recuerdos propios de la persona?

R: No hay una división rígida entre los dos.

P: Pensando en mí, me he dado cuenta que sí tengo recuerdos, pero la mayoría de estos me los han contado varias veces, me pregunto si estos recuerdos no se consideran como tal.

R: En general la distinción entre recuerdos primarios y recuerdos relatados o referidos, no es una distinción absoluta, porque se produce la siguiente tendencia: los primeros recuerdos son “acontecimientos de casa”, por lo tanto son recordados por los padres.

9.3.8 El comportamiento parental: imprinting, moldeamiento, reciprocidad

Un dato importante es que existe un comportamiento específicamente parental que se puede interpretar como una serie de comportamientos independientes. Los comportamientos parentales es otro patrón comportamental probablemente de derivación genética (la paternidad se observa también en los monos). El comportamiento parental se asocia a una serie de características específicas, peculiares, asociadas con la intencionalidad de la persona: el hecho de querer o no querer ser madre o padre no significa tener un comportamiento parental. El drama es éste, que el comportamiento parental se desencadena casi como si fuera un comportamiento pre-programado, independiente del hecho de que la persona sea capaz o no de ser “padre”; a partir de ahí se ven de manifiesto unas características.

Uno de los aspectos típicos de los padres es que imitan al niño, constantemente, este es un dato que no se toma en cuenta, pero que es esencial para el aprendizaje del niño y la reciprocidad; los padres siempre lo hacen, no le damos importancia, parece trivial. Pero siempre lo hacen, incluso el hecho que se dirigen al niño, hablando de manera distinta a cuando se dirigen a los adultos; recalcan las palabras, se las repiten, imitan las muecas. Es algo que ocurre también con los primeros recuerdos. Cuando se dan cuenta que algo llama la atención del niño, por ejemplo, que el niño empieza a hablar solo de una cosa, los padres se la repiten una y mil veces, y esto llega a convertirse en un recuerdo importante para ellos, porque es algo que ha llamado la atención del niño, y por lo tanto llega a ser un recuerdo también para toda la familia. Esta es una dinámica muy fuerte. Todos los adultos cambian completamente la actitud en relación con un niño, lo cambian todo: la postura, la mímica, el tono de voz, manera de recalcar las palabras. Cualquier adulto que no cambia su manera de ser hacia un niño, se siente incómodo a este respecto. Este sentimiento de incomodidad en los padres se multiplica por 20; este cambio comportamental resulta fundamental para el lenguaje, si los padres hablaran al niño como hablan a los adultos, probablemente él tardaría mucho más en el aprendizaje del lenguaje. De esta forma, en cambio, adquieren una especie de musicalidad, incluso existe un código, a veces cuando el niño trabuca las palabras delante de los padres, estos se alegran de escuchar los niños mientras las trabucan, incluso les corrigen cuando las pronuncian correctamente.

Son aspectos de reciprocidad, y son esenciales, se trata del modelamiento recíproco, de identificación recíproca. Los niños utilizan los padres como modelos de identificación, pero también los padres “se modelan” a su vez sobre el niño, de lo contrario los problemas que ocurren en las familias, no ocurrirían. Esto no pasa solo durante la infancia. En la infancia los padres manifiestan un imprinting casi de inmediatez que los lleva a recalcar las palabras, las mímicas, los gestos; esto es fundamental porque el niño empieza a aprender cómo percibir las partes de sí mismo a partir de los gestos amplificadas que les recalcan los padres. Cuando el niño sonríe por primera vez, la familia celebra el acontecimiento: toda la casa empieza a sonreír. Esta es una amplificación significativa que le permite enfocar mucho mejor y entender y graduar algunos estados y algunas expresiones como diferentes de las otras. De esta manera los padres proporcionan al niño, un ritmo y también unas emociones, prestaciones, expresiones: tú estás allí, haces algo y no ocurre nada, después dices algo y todos se maravillan. Esto significa que los padres recalcan una secuencia de acontecimientos, subrayando la importancia de algunos acontecimientos en lugar de otros y esto es lo fundamental.

Este imprinting sucesivamente se configura de manera más compleja y diferente, a

medida que la relación padres-hijos se desarrolla. Cuando un terapeuta se encuentra en situaciones de relaciones ambiguas, las mira desde el punto de vista del paciente porque quiere que se cure. Pero si lo miramos desde el punto de vista de los padres: un padre DAP que lo da todo para guardar una imagen favorable de sí mismo hacia el hijo es alguien que vive el juicio del hijo como la validación de su vida. Tiene espíritu de identificación. *Las relaciones de apego son relaciones de identificación reciproca*: desde este punto de vista, este imprinting reciproco, empieza durante la primera infancia y luego crece, y por lo tanto aumenta lo que está en juego, llega a ser una manera diferente de expresar el comportamiento parental. El hijo llega a ser el elemento principal de la vida de los padres, por lo tanto si el hijo hace o no hace algo corresponde a una validación o invalidación de la vida de los padres. Esta es la misma manera mediante la cual ha evolucionado y configurado de manera compleja y diferente el primer fenómeno de imprinting, que es un fenómeno que se nota a partir de los hechos relacionales, las mímicas, las posturas, los tonos de voz. Es el imprinting de los primeros años que evoluciona y se configura de esta manera. Incluso en una situación trivial, donde hay un padre fóbico que impide la separación de la hija. La hija de 20 años vuelve a casa con media hora de retraso y al padre le da un dolor en el pecho, no significa que está fingiendo o que está montando una escena. La hija ejerce la función de validadora de su visión del mundo, no es un dato secundario. Y esto proporciona la idea de centralidad del apego, en que siempre hay un tema de identificación, en que la imagen del otro llega a ser esencial para el mantenimiento de la imagen personal, de la manera personal de percibir el mundo. Este hecho es la simple evolución de este proceso de reciprocidad, y esta amplificación o resonancia es esencial. El niño aprende a filtrar-seleccionar, pero al mismo tiempo aprende a descubrir una serie de cosas: intentad imaginar qué resonancia les da este tipo de subrayado que les dan los padres.

9.3.9 Esquemas familiares en las reacciones emocionales a los acontecimientos vitales

Si seguimos 10, 11, 12 años de vida familiar nos damos cuenta que durante estos doce años de vida familiar han ocurrido muchas cosas en el trabajo, mudanzas, fallecimiento de los abuelos, etc., elementos que se tienen que conocer: la reacción de una familia a las enfermedades, al fallecimiento de las personas queridas, cómo estos acontecimientos se comentan y sobre todo cómo se viven emocionalmente en la familia. Me viene a la memoria una paciente de una familia de bien, los padres todavía viven y se presentan como la mejor pareja del mundo. Recuerda que a los 5 años, falleció la abuela materna, la visita a casa de la abuela para el funeral, una escena de conmoción en el tanatorio. A partir de este acontecimiento se producen una serie de negligencias y faltas de cuidado por parte de los padres hacia la hija. Por ejemplo: le dejan ver el cuerpo muerto de la abuela, sin ni siquiera preocuparse del impacto, del susto. Esto porque en las familias DAP las emociones no existen. La cosa que más le importa a la familia es que mantuviera una actitud, elegante, de buena chica, arreglada. Dentro de este acontecimiento la cosa que más le afecta, que le hace perder el control y ponerse a llorar, es ver por primera vez la madre que llora. Ve a la madre llorando sentada en el sofá, y el padre que se le acerca y le pone un brazo por el hombro. Ella se asusta porque piensa que el padre con este gesto, quería pegar a la madre. Una representación de este tipo da una imagen precisa de la confusión emocional, presente en esta familia: no solo se extraña viendo a la madre llorar, sino que luego se imagina que el padre al verla llorar se ha enfadado con ella y la va a pegar. Luego se da cuenta que era un abrazo

y esto significa que nunca les ha visto abrazados, que la escena es inusual, nunca ha visto una escena de este tipo, es una escena que hay que enfocar si se quiere entender, ver a mamá y papá que se abrazan. Tenía que morir alguien para que esto pasara, tenía que ocurrir un luto, o algo grave.

9.4 Pubertad

9.4.1 *La maduración sexual*

La cosa más importante de esta fase de vida es la maduración sexual, con una diferencia peculiar entre mujeres y hombres, en las mujeres es más precoz que en los hombres. Para las mujeres la maduración sexual aparece mucho antes del desarrollo cognitivo: estas niñas se vuelven “chicas” mucho antes de la aparición del pensamiento abstracto. Mientras que en los hombres este periodo de latencia es más breve porque tienen la pubertad retrasada. También en los hombres se da la latencia, ellos se hacen chicos antes de que aprendan a pensar lógicamente de manera abstracta, pero el periodo es más breve, es un periodo de un año, un año y medio. La mayor parte de las mujeres, hoy por hoy, el 90 % por lo menos, tiene la primera menstruación en una edad variable entre los 11, 12 años y, a las que le llega con retraso, en una edad comprendida entre los 13 o 14 años. Cuando las mujeres presentan la primera menstruación después de los 14 años, es significativo porque quiere decir que han tenido una pubertad retrasada y esto es un indicio de lentitud de la reacción fisiológica y de la de reciprocidad en casa. La maduración sexual, en general, como en las otras épocas de maduración, se asocia al grado de estimulación. Lo fundamental en todas las épocas de maduración, es el nivel de estimulación ambiental, en una medida de estimulación cultural, y lo importante es la cantidad, la calidad, y la variabilidad de los estímulos. Cuanto menor es la estimulación más se enlentecen los procesos de desarrollo y se atenúan. Este dato hay que tomarlo en cuenta; en este caso tenemos que reconstruir, por ejemplo, el tipo de aislamiento de la niña. El aislamiento se asocia a una estimulación reducida que enlentece también el desarrollo de los repertorios sociales, de las habilidades y en muchos casos de los ritmos fisiológicos.

El periodo de latencia es más significativo para las mujeres que para los hombres, porque la capacidad de pensamiento lógico o abstracto, se desarrolla a los 15 años, más o menos. Esto es importante porque si la maduración sexual ocurre con un pequeño retraso temporal con respecto a la maduración lógica abstracta, implica una decodificación de la maduración sexual en términos concretos que provoca atribuciones asociadas al contexto, por ejemplo, a la alteración del contexto familiar. El problema de la maduración sexual es empezar a localizar la manera en que se percibe la emergencia de las emociones sexuales, y esto es una primera señal del tipo de decodificación de los estados internos que pertenecen a una persona. A partir de ahí observamos el déficit y la atribución concreta que reflejan los patrones disfuncionales familiares. Muchas DAP, por ejemplo, las anoréxicas que percibían el padre como una contrapartida preferencial, comentan que no se han dado cuenta de los propios impulsos sexuales, pero se han dado cuenta de que el padre las miraba como si las deseara. Se dan cuenta a través del otro, mediante una atribución externa, y por lo tanto se sienten implicadas sin necesidad de cuestionarse, simplemente se sienten como objeto de vergüenza por el hecho de tener estas “formas” corpóreas, que las hace objeto del deseo del padre. Si se analiza bien este discurso que el padre las desea, que las mira con intenciones

sexuales, se nota que es un discurso que se basa sobre las percepciones personales de las chicas, es como si se les despertaran los sentidos, les surgen nuevas modulaciones que sin embargo, no consiguen localizar dentro de ellas mismas, y que localizan afuera porque son contexto-dependientes. Esto está presente en las anoréxicas híper seductoras, pero puede asumir formas diferentes, menos directas: muchas de estas chicas, por ejemplo, podrían comentar que la pubertad ha sido una experiencia dramática ya que al hacerse chicas, han tenido que empezar a controlar que el padre no intentara seducir a las compañeras que venían a estudiar a casa. Como si el hacerse consciente de los impulsos sexuales propios significara ser consciente sobre todo de los impulsos del padre. Es el tema de reconocerse a través de lo externo. Muchas lo comentan, sobre todo las que presentan un tema de abandono: no han disfrutado de la pubertad, sino que han vivido dramáticamente el hacerse mujer, el tener el pecho de una mujer. Ella se cree que el padre se siente incómodo por esto, y por lo tanto hay que prestar mucha atención a que no intente seducir a las amigas que vienen a casa a estudiar, mejor no dejar las amigas solas en un habitación con el padre, mejor intentar siempre estar presentes: es una manera de percibir una nueva estimulación, pero se percibe solo porque se lee a través de los demás.

9.4.2 Masturbación y emergencia de la sexualidad

P: *¿Cómo viven la pubertad las otras organizaciones?*

R: La emergencia de las pulsiones sexuales la notamos muy bien a partir de cómo se desarrolla la masturbación, no hay otra manera de verlo. Nadie podría decirte como se sentía en aquella época. La masturbación es uno de los aspectos fisiológicos esenciales, sin la masturbación es imposible “tomar las medidas” de la propia sexualidad, no hay manera de conocerla, de modularla, es una manera de apropiarse de la sexualidad y por lo tanto es un cambio fisiológico que hay que explorar. Los DAP son fácilmente reconocibles, porque los que no se masturban, tardan muchísimo tiempo en detectar las pulsiones sexuales en su interior. Antes las localizan fuera, como algo que pertenece a los demás; luego quizás vuelve a ser un tema de ejecución para que se puedan comparar con los demás. El hombre DAP es el que presenta más problemas sexuales, es el que empieza a controlar obsesivamente, si tiene o no la erección. Escucha los comentarios de los compañeros que se jactan de buenas pajas. Él pasa del tema de placer, su preocupación es: ¿lo conseguiré o no lo conseguiré? A veces empiezan a tener problemas de impotencia, intentan tener una erección en frío, intentan medirse los genitales, y esto cuando no presenta problemas reales de dimensión de los genitales. Los DAP, además, empiezan a masturbarse más tarde con respecto a las otras organizaciones, incluso los hombres.

Comento brevemente la evolución peculiar de la masturbación entre hombres y mujeres: si miramos las estadísticas los hombres presentan masturbación precoz, las mujeres, más tardía. El 98% de los hombres empiezan a masturbarse dos años después del inicio de la pubertad, el 2% no, son DAP. Muchos se masturban por primera vez a los 24 años. Las mujeres durante la fase de la pubertad y adolescencia presentan un porcentaje mucho más bajo, las mujeres que se masturban durante la adolescencia son el 50%, tardan más. Si este dato se comprueba después de 10 años, a los 25 años el porcentaje sube al 90% y a los 30 al 100%.

Los DAP son los que presentan un aspecto de *anestesia* entre comillas, es como si no tuvieran orejas internas, o sea que tardan mucho antes en descubrir la dimensión interna de

la sexualidad, y siempre se trata de ser igual a los demás.

Con respecto al tema del descubrimiento de la masturbación DAP, recuerdo un chico que vi hace un tiempo, bastante retrasado para la media con 16 años. Un día los padres se van de casa, él se queda solo, o sea sin su presencia, hecho que para él era muy significativo; mientras se entretiene resolviendo crucigramas, a los que está muy aficionado, se da cuenta de repente que experimenta una erección, y se alegra por esto: “Entonces soy como los demás”. Esta es la primera secuencia en que notamos la emergencia del impulso sexual, no se asocia al contexto, no hay ninguna conexión con el contexto: mientras se entretiene resolviendo crucigramas, tiene la primera erección. Se alegra sólo porque este acontecimiento le ha hecho sentir como los demás; es un clásico.

Para los OBS este descubrimiento de la masturbación coincide con el descubrimiento de la sexualidad. Es un descubrimiento dramático porque a diferencia de los DAP, no tienen la capacidad de dejar de lado las sensaciones, perciben la estimulación. Por lo tanto los obsesivos, no se alegran de descubrir la masturbación, lo viven como un problema y muy frecuentemente desarrollan rituales, o sea escrúpulos religiosos o escrúpulos asociados a la hipocondría, colmo “cuántas veces lo puedo hacer, lo tengo que hacer, pero si lo hago me vuelvo débil y no conseguiré estudiar”. Muchas veces durante la fase de pubertad aparecen unos rituales asociados al problema de la masturbación, en general son rituales típicos de esta edad, como limpiarse las manos obsesivamente. Nunca tienen una referencia simbólica, él no quiere contarlo, pero cuando lo comenta se hace evidente. Además tienen una sensorialidad táctil, o sea una modificación de la temperatura cutánea de signo opuesto a la relajación. Tienen esta sensación de piel de gallina. Si el terapeuta consigue alcanzar un buen nivel de confianza y consigue que el paciente le cuente cómo han empezado los rituales, se nota que el comienzo siempre se asocia, la noche antes de ir a la cama, a temáticas de contenido parasex, que les producen la activación. Esta activación se percibe con una sensación cutánea desagradable, de suciedad y de contaminación. Aquí el cambio es directo, inmediato. No es un cambio fácil para ningún obsesivo: si no caen en los rituales, presenta pensamientos que le afectan, que implican un gasto de la energía utilizada para controlar estos pensamientos intrusivos.

Los FOB no presentan muchos problemas en detectar las pulsiones sexuales. John Wayne no tiene este tipo de problemas. Al contrario están orgullosos de las pulsiones sexuales, quizás el problema se encuentra en el control del número de las prestaciones, porque tienen miedo de no ser suficientemente hombres. Es el tema de John Wayne: por un lado, es obvio que tienen una súper prestación sexual, tipo Nembo Kid (personaje de comic de los años 60, sucesivamente conocido como Superman), por otro lado, se masturban poco, porque masturbarse es un asunto de niños. Los fóbicos presentan un aspecto muy machista, porque son concretos; el fóbico es de los que a cualquier edad, si se encuentra en una situación de abstinencia forzada más que masturbarse se va de putas, esto porque no entiende que el resultado final del acto es el mismo, incluso a veces la masturbación podría resultar más agradable; pero él se va de putas porque esto le hace sentirse hombre, la masturbación le haría sentirse niño. Este es un tema fundamental, se pone de manifiesto el criterio de fuerza o debilidad, de hombre adulto o no. Son las características típicas de la sexualidad fóbica. Por lo tanto para ellos el comienzo de la sexualidad y de la masturbación tiene que ser una prueba de virilidad y no de “niñez”.

P: ¿Y el miedo a contraer enfermedades? ¿Cómo lo viven?

R: Esto lo tienen, pero el problema no es contraer enfermedades, sino es un problema en la relación. Los miedos para los fóbicos señalan un problema de desajuste dentro de una relación significativa; quede claro que este desajuste (la pubertad es un típico impulso a la separación) se puede encontrar también en la relación con los padres, no significa que siempre se trate de una relación sentimental. Este desajuste puede asociarse también a una separación o al miedo a separarse, a no ser protegido lo suficiente, siempre se sitúan en una posición en que les resulta imposible separarse. Si contrae una sifilofobia, por ejemplo, dirá: “¿a dónde me voy a ir?, ni siquiera puedo follar; es mejor que me quede en casa” y de esta manera el problema estará solucionado. De hecho, entre los chicos, este impulso a separarse para empezar a salir con los compañeros, es el momento en que los compañeros empiezan con las bravatas, tardan más en volver a casa por la noche, van a tomar el pelo a las prostitutas o a intentar ligar con ellas: ¿salgo o no salgo con los compañeros? ¿Pero si me separo, quién me va a proteger? Por lo tanto el fóbico se reorganiza, o sea que le gustaría salir con a los compañeros, pero si se pone enfermo se ve obligado a quedarse en casa, incluso se pone de mala leche, lo lleva mal, como si se viera obligado por un factor externo. Este hecho, generalmente se sitúa en un contexto de este tipo. Los DEP no presentan estos problemas, empiezan a masturbarse precozmente. Normalmente empiezan durante la niñez, muchas veces durante la infancia; no resulta nada extraño. Si consideramos el centramiento en el sí mismo que presentan, el “auto-enfoque” en los propios sentidos, esta es la estimulación más importante; los depresivos ya desde pequeños presentan una atención sobre los propios estados internos como única manera de escapar de la privación, están aislados, no miran a los demás niños. Nunca viven negativamente la masturbación, a veces la viven negativamente desde una óptica moral, pero no como un peligro físico, sino simplemente como una confirmación de la propia soledad.

9.4.3 Cortejo y apareamiento: diferencia de género. Una perspectiva etológica

Habría muchas cosas que decir acerca de las diferencias de género entre hombres y mujeres. Hombres y mujeres tienen una evolución diferente, parece que se trate de una organización evolutiva para que se busquen de esta forma. La sexualidad, durante el ciclo de la vida, tiene una evolución diferente entre los hombres y las mujeres, se puede afirmar que la curva está invertida. La diversidad, vista desde una óptica estructural, se asocia principalmente a la modalidad de apareamiento; dos animales, un macho y una hembra siguen una estrategia reproductiva diferente en términos evolutivos. En términos de la epistemología evolutiva una especie, un organismo, un sistema en el tiempo tiene el objetivo de propagarse, o sea de transmitir los propios genes. Toda la estrategia evolutiva consiste en esto, asegurarse la transmisión. Aquí se detectan inmediatamente las diferencias; hay dos organismos estructurados de esta manera: la hembra construye unos gametos muy dispendiosos, cada uno tiene grandes dimensiones! Contiene mucha grasa, proteínas, cada uno vale mucho, por esto sólo se producen pocos. La hembra humana que es de las que producen más gametos, solo produce un gameto al mes, por un total de 100, máximo 1000 durante toda una vida fértil. El macho produce gametos de dimensiones muy pequeñas, que no le implican esfuerzo ni costes, y por lo tanto cada día produce mil millones de estos. Es evidente que presentan dos estrategias diferentes; la que produce pocos gametos tiene que mirar la calidad, la calidad del apareamiento. Para ella la estrategia consiste en que cualquier apareamiento tiene que ser perfecto, de lo contrario sería el fin, no puede permitirse desperdiciarlos. Él produce mil

millones de gametos y por lo tanto su tema es la cantidad, cuanto más insemina más se propaga, no hay problema. Una vez juntadas estas estrategias se desarrolla el proceso de regulación recíproca, y por lo tanto en este contexto se entienden, por ejemplo, las técnicas del cortejo, las que se observan en todo el mundo animal; se entiende que estas técnicas de cortejo han sido inventadas por un animal que utiliza una estrategia basada sobre la cantidad, mientras la hembra le obliga a seleccionar. Además para todos los animales vale la regla que las características sexuales notables pertenecen a los machos, y son características anti-evolutivas (esta es la cosa sorprendente desde el punto de vista evolutivo) si lo miramos desde una óptica de adaptación física. ¿Para qué le sirven los cuernos al ciervo? Los cuernos son anti adaptivos, si tiene que escapar porque hay un puma que lo persigue, los cuernos se le enganchan a las ramas de los árboles. Con respecto a los amores y los cortejos de primavera, en cambio, resultan fundamentales. Aquí el hecho del cortejo se hace fundamental, porque si no se diera sería un desastre: el macho dentro de la manada insemina todas las hembras y ya está, pero la hembra, de esta manera no tendría la protección de la prole, se quedaría al descubierto y podría desperdiciar el gameto. Si la hembra obliga el macho al cortejo, él tendrá que competir con los otros machos, es muy simple. Ella puede estar indecisa entre cuatro machos, y además de indecisa (se ve también en los pájaros que hacen concursos sonoros increíbles) se aleja progresivamente, su tarea consiste en seleccionar el macho, comprobar su esfuerzo, o sea cuanto él se esfuerza en la competición con los otros machos, y al hacer esto, la hembra se separa progresivamente de la manada: una vez que se ha separado de la manada, el macho, tiene que construir el nido con ella, fuera de la manada, y este hecho confiere protección a la hembra.

Éste es el primer elemento fundamental, con respecto a la evolución de la calidad: dos estrategias reproductivas diferentes que encuentran un equilibrio recíproco. Todos los vertebrados se han desarrollado de esta manera: el canto de los pájaros, las luchas de los machos. Esto pasa también con los monos antropomorfos: los monos tienen una serie de características sexuales secundarias que están hechas para responder a los rituales de cortejo, incluida la erección del pelo, el golpeteo en los pechos.

9.4.4 Evolución de la sexualidad durante el ciclo de la vida

Volvemos a la sexualidad de los humanos. Sin duda los hombres y las mujeres tienen curvas de evolución diferentes; por ejemplo el hombre durante un ciclo de vida individual, alcanza el máximo de la potencia sexual antes de los 30 años, pero esto es un factor fisiológico, medible, e inmediatamente observable; la mayor parte de los hombres con más de 30 años, pierden la capacidad de tener orgasmos múltiples, o sea tener más orgasmos con la misma erección. (FIG 8).

Por lo tanto, los hombres después de los 30 años decrecen progresivamente, y compensan la reducción de la capacidad sexual con la experiencia, dentro de la curva alcanzan el máximo nivel durante la pubertad a los 15 años, y luego viene el declive. Las mujeres tienen una evolución exactamente opuesta, hay una evolución más de tipo sigmoideo. La evolución del hombre alcanza el máximo nivel durante la pubertad y luego tiene un lento declive, la mujer, en cambio, a los 35 años tiene el máximo nivel de la sexualidad y su declive es mucho más lento que el del hombre. Lo observamos también a partir de la masturbación es un hecho que entra en su repertorio: mientras el hombre tarda un año, la mujer tarda 10 años, esto porque durante este tiempo es como si se tuviera que separar de una serie de



vínculos sociales, culturales. Antes, para la mujer, hay otras cosas importantes, asocian a sexo una serie de cosas diferentes, la confirmación de sí mismas, la validación por parte de los demás, la validación de los proyectos de vida. El sexo para una mujer tarda más tiempo en adquirir un carácter más propiamente sexual en la dimensión de erotismo, placer, excitación, seguramente las adquiere de una forma más lenta que el hombre. Esto explica por qué los muchachos siempre están de moda y las extranjeras que se van a Taormina de vacaciones pagan por acostarse con chicos sicilianos de 20 años, ya que los hombres antes de los 30, tienen estas características que las mujeres aprecian mucho. Esta diferente evolución es significativa, esta curva de despliegue diferente se encuentra también en muchas otras cosas.

9.4.5 Pubertad y modificaciones corpóreas

El elemento central de la pubertad consiste en explorar todas las modificaciones corpóreas, porque la maduración sexual es un aspecto importante, pero no es lo único que se asocia a esta polaridad: hay otra cosa importante que es la modificación corpórea, que es masiva, que tarda dos o tres años antes de completarse y que produce una radical transformación. Es sorprendente observar a un chico mientras se hace púber, porque, de un año para otro presenta cambios físicos espectaculares. Si se observa a un chico a los 12 años, y luego a los 13 años, es otra persona: durante unos años se hace mucho más alto (el doble), se le cambia la voz, la actitud. El chico vive estas modificaciones como una tormenta, tiene un cambio total y cuando no tiene un buen apego con los padres es fácil que no le gusten estos cambios evolutivos.

De hecho el elemento principal que el terapeuta tiene que explorar acerca de la maduración sexual es el desarrollo de la siguiente pregunta: “Mientras te estabas transformando físicamente, te gustaba la imagen que surgía de estas transformaciones? Esta es una pregunta que se tiene que desarrollar durante media sesión, es el punto principal. Hay que explorar cómo se percibían estas modificaciones corpóreas, las dudas que se tenían acerca de estas modificaciones y la valoración final. Observad que en la pubertad, tanto en el hombre como en la mujer, sobre todo en el periodo de latencia, la emergencia del pensamiento abstracto, tiene mucha influencia sobre el cuerpo, que es un fenómeno absolutamente

normal, no solo en las mujeres que experimenta modificaciones significativas: las caderas, los pechos, las medias, el pinta labios, sino también en los hombres; los hombres también se acicalan: se afeitan los pelos del bigote, se cuidan los bíceps, se miden el tórax, el cabello. Hay un gran repliegue sobre el cuerpo, porque durante este periodo de latencia anterior a la emergencia del pensamiento abstracto, esta emergencia se interpreta concretamente como un bien en sí mismo, como si hubiera que tener bíceps de 30 centímetros, luego se diluye a través de reajustes, integraciones sucesivas y se enfoca más sobre polaridades culturales, sociales, sentimentales. Esta significativa polarización sobre el cuerpo destaca particularmente en los fenómenos de descompensación.

A veces notamos la descompensación grave de los DAP, que muy frecuentemente se desbordan en crisis psicóticas que, por ejemplo, empiezan de esta forma: que uno a los 15 años, empieza a estar pegado al espejo y se imagina todas las posibles operaciones quirúrgicas que se podría hacer: la nariz, la barbilla, las cejas, además de los que se miden los genitales. Es muy frecuente entre los hombres DAP la tentación de medirse los genitales; para los psicóticos corresponde a lo que se define como “brote esquizofrénico”. En los hombres DAP esta tendencia no es tan extraña, ya que lo normal es alcanzar estos estándares estéticos. Por lo tanto no hay un gran salto de calidad con respecto al brote psicótico, hay un simple aumento de la rigidez de un contenido del conocimiento que además ya está presente como predisposición.

9.4.6 Pubertad y crisis en las relaciones familiares

Es importante, durante la fase de la pubertad, explorar el cambio de los patrones familiares, porque con la maduración sexual es difícil que los patrones de interacción familiar se queden como siempre; en general hay un cambio del padre hacia la hija que se ha hecho púber, y esto muchas veces es el origen de fuertes decepciones; en el mismo momento en que las chicas se hacen “mujercitas”, y empiezan a tener la menstruación, pierden repentinamente la confianza en el padre, este hecho es muy frecuente. A veces hay un corte brusco en la relación, durante la infancia se tenía mucha confianza y ahora se tiene mucha vergüenza por no saber cómo portarse. La vergüenza se hace evidente también en el padre, que de golpe empieza a tener una actitud muy formal o una actitud inútilmente autoritaria. El cambio puede ocurrir con modalidades extremas, o de separación, o sea un cambio total de patrones, o puede ocurrir que la hija, que ya se ha vuelto una mujercita, establezca una relación privilegiada con el padre, y esto deja de lado definitivamente la presencia de la madre. De todas formas siempre hay una transformación de los patrones familiares, siempre hay una oportunidad de reequilibrar las relaciones familiares, de proporcionarle nuevas configuraciones; esto depende del tipo de conflicto que se presenta en la familia. Si el conflicto actual es que mamá está dando un golpe de estado para excluir a papá, esto representa una oportunidad para la hija que se ha hecho púber, de establecer una alianza fuerte con la madre, y por lo tanto eliminar al padre, y éste se siente incómodo porque ella deja de ser su niña y se ha vuelto una mujercita. También puede ocurrir lo contrario, depende de quién tiene el poder; en una situación de este tipo puede ocurrir que sea el padre quien establezca una alianza privilegiada con la hija, y situándola, a poco a poco, en el rol de madre, comenta con ella cosas que tendría que comentar con la madre, toma las decisiones junto con ella, programa lo que se hace, no se hace y dónde se va a comer el domingo. Esto obviamente desencadena unas situaciones secundarias, de competencia entre los excluidos y es muy fácil

que se ponga de manifiesto una situación de competición madre-hija, a medida que ésta se hace púber. En las familias DAP es una regla, a veces se ve explícitamente. En las obesas es característico, la madre de la obesa, la que todos saben que es guapísima, la que se asustaría si alguien le considerara como “la madre ex guapísima”, a partir de que la hija ya es mayor y por lo tanto los demás pueden hacer cálculos: si la hija tiene 18 años, la madre tendrá que tener como mínimo 38; por lo tanto, los padres le siguen poniendo ropa de niña hasta los 20 años, le ponen los calcetines y le dicen que las medias de seda le quedan mal, que los tacones no se le adaptan bien, que no es femenina; pero se les olvida decirle: “te visto de esta manera, te pongo esta ropa porque, si no, mamá parece vieja” y por lo tanto el mensaje que le llega es “No eres apta, no tienes encanto, no eres elegante, tienes que ponerte ropa deportiva que te queda mejor, el pinta labios te queda mal, los tacones te quedan mal” y por lo tanto ella lleva calcetines y zapatos deportivos hasta los 18 años. Estas son señales de una evidente competición.

P: *Esto, a veces, ¿podría provenir del padre respecto a la hija?*

R: Papá nunca tiene la posibilidad de elegir la ropa que lleva la hija. Papá tiene solo la posibilidad de criticar la ropa, pero es difícil que la elija.

P: *¿El papá fóbico?*

R: No, él se limita a prohibir las cosas, pero no comenta “ponte esto” papá dice “si te pones esta falda, no sales!”. Por lo tanto se suscitan estas competiciones, son casi una norma, durante la pubertad empieza una competición más entre figuras más simétricas, entre otras cosas, porque durante la pubertad empiezan las primeras cuestiones de separación, las primeras exigencias de salir de casa, por lo tanto de separarse de los padres, tienen que confrontarse a menudo con algo nuevo de los hijos que antes siempre habían sido obedientes y ahora discuten, toman posiciones, levantan los escudos, también porque, como ya hemos comentado, la emergencia del pensamiento abstracto se asocia a la relativización de la imagen de los padres, por lo tanto hay otra transformación que influye sobre la modificación de los patrones familiares.

P: *¿Los chicos?*

R: La situación más típica es una competición con mamá; son chicos que normalmente tienen familias de tipo fóbico, donde cuando el chico se vuelve un hombretón, la madre se preocupa que algunas mujeres se lo lleven con ellas, y por lo tanto pone en marcha un control férreo. Todas las chicas de su alrededor no son buenas para él, solo mamá sabe cuál es la chica ideal para él. Es la única. Las madres fóbicas tienen un gran control: saben con quién salen los hijos, cuando salen, les hacen comentarios, siempre hay este tipo de cuidado.

Normalmente durante la pubertad cambia la relación con los padres. Al final de la pubertad empieza la época de la separación, para los hombres empieza con muchos conflictos en casa, sobre todo si se ha tenido una relación “ausente” con el padre, un padre que se percibe como ausente, como presencia negativa, limitante, represiva. Durante la pubertad empiezan luchas más o menos mediatas, y siempre más directas, a medida que se acercan a la adolescencia. Esto produce otra reorganización de la estructura familiar. Muy frecuentemente ocurre una inversión de los patrones en casa, en que mamá adquiere un rol decisional con respecto a un marido que hasta entonces había sido el líder de la familia, cuando el hijo de 16 años empieza a atacar al padre, porque empieza a sentirse en minoría, la mamá apoya tácitamente al hijo que por fin ha empezado a contestar mal al marido: “Doctor, el único que le planta cara a mi marido es mi hijo”, lo dice con orgullo. Se crean grandes cambios en las

estructuras.

Las cosas más típicas desde nuestro punto de vista clínico son las situaciones en que, mientras la hija se convierte en señorita, el padre aumenta el control de una manera paradójica. Son las situaciones peculiarmente fóbicas situaciones en que todas las fóbicas presentan temáticas de constreñimiento. Papá el compañero de juego y la figura preferencial, una vez que la hija se ha hecho púber, se vuelve el censor moral, lo tiene todo controlado, mamá decide el resto. Él controla cuándo la hija sale, cuándo vuelve a casa, es él quien autoriza a la hija a recorrer el trayecto de la escuela a casa en 12 minutos, y, por lo tanto, si tarda 15 minutos, tendrá que explicar qué ha hecho durante estos 3 minutos, a quién ha visto. A veces estas escenas se hacen dramáticas. Estas son las situaciones que se encuentran en las fóbicas que tienen significativas polaridades de constreñimiento y una actitud muy seductora. Las cosas importantes durante la pubertad son éstas: en casa existe el problema de controlar a este chico o a esta chica, o sea de controlarles estos impulsos a la separación, y de controlar la emergencia de las pulsiones sexuales, aquí se puede ver bien el rol que la familia intenta atribuir al hijo o a la hija para sujetarlos.

En general los padres se oponen a los nuevos intereses del hijo y de la hija, deberes, valores, responsabilidades. Emergen todos estos roles “¿qué dices? Tu hermano está enfermo y tú eres la primogénita. Esperábamos que tú fueras la hija, que de mayor se hubiera dedicado a la casa. Tu padre tuvo dificultades económicas”. Por primera vez se perfilan de manera clara, explícita estas situaciones que implican la necesidad de controlar las novedades que van surgiendo.

Lo más importante en este periodo de la pubertad y el inicio de la adolescencia, los 14,15,16 años, es intentar reconstruir los patrones de fondo, los estilos afectivos, e intentar reconstruirlos tomando en cuenta el rol de los primeros enamoramientos, considerándolos como una prueba general antes del debut, y por lo tanto hay que prestar mucha atención a los escenarios y a la calidad de estos escenarios. Los primeros enamoramientos son prevalentemente imaginativos por definición; entonces, prestando atención a los escenarios y a su calidad, si eran escenarios de abandono, trágico o de final feliz, escenarios donde resulta que es un deber prestar atenciones al protagonista o no. Esto significa tomar los ingredientes esenciales con los que el personaje empieza a hacerse una idea de su carrera sentimental.

9.4.7 Identidad sexual y apego de género

Mientras se hace el trabajo de reconstrucción del estilo afectivo, es oportuno que el terapeuta se plantee unas claves interpretativas. Exactamente como las organizaciones son *las claves de lectura* y por lo tanto a partir de algunos significados se reconstruye el tipo de historia de una persona. En la vida afectiva hay unas claves que se tienen que tomar en cuenta como ejercicio, como claves de reconocimiento típicas del “apego de género”. Empezamos por las mujeres.

Mujeres dejadoras o seductoras

Son las que han tenido un apego prevalente con la figura de referencia del sexo opuesto, el padre como figura privilegiada. En primer lugar son mujeres que tienen un buen repertorio de habilidades sociales asociadas al sexo: han podido diferenciar o afinar estas capacidades porque siempre han tenido una contrapartida masculina. Son las “naturalmente seductoras”,

en una medida que para ellas es normal, saben cómo gustar a un hombre, siempre lo han hecho, ni siquiera es una cuestión asociada al sexo, es una simple continuidad dentro de sus recuerdos. A los 4 años, ya sabían exactamente cómo complacer, cómo hacer feliz a papá que desde entonces es la figura interlocutora. Son las que tienen una postura más de control acerca de las relaciones afectivas significativas, postura de control que intenta mantener aun cuando la relación no funciona, controlándola mediante una postura dejadora, o sea están listas para desvincularse de la relación. Esta clave de fondo de la mujer con el padre como figura privilegiada, se presta a múltiples matizaciones. El aspecto seductor se configura diversamente, si el padre, además de figura privilegiada, es tirano; en este caso la chica adquiere un aspecto seductor no orientado al placer o a suscitar interés en el hombre, sino a engañar a los hombres. Cuando se hacen mayores presentan actitudes de seducción que se vuelven patológicas, que llevan acabo “los juegos” que Berne ³⁹ llamaba de “violencia carnal”; disfrutan del triunfo y de sentir que pueden hacer lo que les da la gana con este hombre, le provocan placer y luego se lo quitan. Se llama violencia carnal, porque es el juego clásico de la mujer que deja al hombre en vilo durante tres meses, dejándole entrever la posibilidad de tener una cita súper erótica de las “Mil y una noches”, que él apreciará muchísimo. Quizás él ya está casado y por lo tanto monta un lío increíble para quedar con ella. Cuando llegan a la cita en el motel, ella “no sabe si quiere”. Claro ya está allí, no puede rechazar, pero no sabe si quiere. Esta es una situación en que él o se enfada, o la viola, le arranca las vestiduras, la pega. O se vuelve impotente. El juego de violencia carnal es un juego que te hace impotente.

P: *¿A qué tipo de personalidad se asocia esta modalidad de comportamiento femenino?*

R: Es equivalente, desde cierto punto de vista, a un jugador compulsivo, en que el placer no se encuentra en la sexualidad, ni siquiera en la cita, sino que se asocia al “desafío de los límites” a que se puede llegar sin correr riesgos, porque se sabe que se corren riesgos. Te has metido en una situación en que has provocado a una persona de esta manera, y quedarse sola con él significa correr un riesgo. O sea, hasta dónde puedes llegar: es igual que conducir un coche a 180km/h en una curva; se puede llegar a 187, 189, 190, hasta dónde puedo llegar. En este tipo de activación se encuentra el placer, un placer neurovegetativo, que es una de las formas importantes de placer. El placer no es solo emocional, sentirse lleno y alegre, ni sólo placer sensorial, el gusto, la comida; sino también placer cognitivo, cuando se escucha música, es también neurovegetativo, es el placer que todos sentimos cuando vamos a ver una película de terror al cine, pegados a la silla. A estas mujeres les gusta esta activación, es el placer que siente un jugador compulsivo cuando juega, es el mismo placer de la jugadora de violencia carnal, en que se produce esta situación de espera y provocación durante tres meses, en que el hombre se queda allí por ti, hasta llevarle a este punto de anulación total: el placer consiste en esto, en no saber cuál será la conclusión, no saber si se acabará en una tragedia, si se acabará en un enfado, si se acabará con una reacción de impotencia por parte de él; *el placer es no saber*, es como si se apostara a la ruleta. Luego hay mujeres que se estabilizan en esta dinámica.

P: *Son aquellas que acaban en tragedia, como las situaciones de crónica de sucesos.*

R: Las que acaban apareciendo en la crónica de sucesos son aquellas que no toman las medidas. Las que toman las medidas, acaban haciéndolo toda la vida, sin llegar nunca al límite, como el que corre en coche, identifica el límite, pero nunca lo supera. Esto lo notamos de manera evidente a partir de las actitudes, son casos muy frecuentes.

Un paciente me ha contado que tiene una relación telefónica con una de estas mujeres, imparte cursos de formación profesional. Es una mujer casada obviamente; empezó preguntándole el número de teléfono y si le podía llamar, ha conseguido crear una situación en que ella hubiera venido a visitarle, sin decir nada al marido, hubiera venido por una sola noche y luego se hubiera vuelto a su casa. Él no había entendido una cosa: “estoy mal doctor, esta mañana habíamos planificado que ella vendría, todo estaba listo, luego me ha llamado y me ha dicho “¿pero cuando nos veamos qué vamos a hacer? La primera decepción, y luego: “Me siento incómoda”. Y luego, cuando quedemos, ¿qué vamos a hacer? Me siento incómoda nunca me había ocurrido algo parecido” y él me comenta: “Doctor, puede que sea una equivocación, puede ser que no haya entendido, no sé”. La situación le había creado malestar. Me parece bastante absurdo, de la manera en que se había planteado. Era una situación clandestina, hecha de llamadas clandestinas; hoy estaba para llegar y le comenta “me siento incómoda, qué vamos a hacer...” se lo tenía que haber comentado hacia un mes!

P: Pero él se ha querido meter en esta situación. Porque si tuviera otra organización se habría dado cuenta...

R: Para estos “jueguitos” se necesita de un mínimo de entrenamiento, el entrenamiento significa tener un mínimo de atención hacia los demás. Este es un paciente DAP. Imaginad cómo puede tomar una situación de este tipo, como una definición sobre sí mismo. Por lo tanto se le ha escapado completamente la información sobre el hecho de que el juego “violencia carnal” consiste en una alternancia rítmica de comportamientos seductores, seguidos de rechazo. Lanzar la piedra y esconder la mano, lo hace siempre, es una actitud constante. La única antítesis a este juego es cambiar la respuesta. El otro responde a la seducción y le sabe mal el rechazo, este es el patrón normal. La única antítesis es no responder a las seducciones; de esta manera el rechazo parecería como muy normal; no respondiendo a la provocación se le arruina el plan, no hay otra opción. O sea para una pregunta de este tipo, el paciente hubiera tenido (pero para hacer esto no se tiene que ser DAP, tener una visión sobre los demás como una información sobre ellos) que contestar: “si te portas de esta manera, dentro de dos días vendré a verte a tu casa”. Y respetar los acuerdos, o sea que dentro de 48h presentarse en casa. Son cosas increíbles. Estas son el tipo de mujeres con el padre “contrapartida”, el primer tipo. Papá contrapartida no significa que el papá es dominante en casa, a veces puede corresponder, pero no es una regla. Es una contrapartida emocional para ella, luego puede o no ser dominante en casa. Durante el desarrollo la presencia del padre para una chica es fundamental tanto para sentirse una persona amable y que puede resultar seductora, como por la cualidad de las técnicas sociales asociadas a las técnicas de cortejo, o por la amabilidad personal; o sea sentir que puede seducir; esto corresponde al tipo de atención que el padre ha prestado a esta señorita como persona específica de sexo diferenciado femenino. Esto es lo más importante: una atención dirigida de manera específica a la chica. No importa que la atención sea positiva o negativa. Los efectos de súper amabilidad, o sea de sentirse súper amable, normalmente se encuentran en chicas que han tenido padres que les prestaban atenciones específicas asociadas al sexo, positivas, por ejemplo el padre que de vuelta de un viaje le había regalado unos pendientes, una camiseta. Esta chica tiene un sentimiento de amabilidad, de estar bien. Pero este sentimiento de amabilidad “súper” lo tiene también la chica que siempre ha recibido atenciones negativas por parte del padre, el padre que le llamó “puta”, desde el primer día de la regla, y no es de extrañar, porque el padre al llamarle puta le decía siempre “hija mía tu eres la mejor, todos

los hombre se vuelven locos por ti; como ves yo también me vuelvo loco; llegas tarde 5 minutos y durante estos 5 minutos quizás te habrás liado con todo el vecindario, todos te quieren, yo también me vuelvo loco; entonces eres una súper, todos te quieren robar, todos te quieren”. Muchas veces ocurre esto. Todas las chicas que tienen padres censores, que cuando ella tarda 5 minutos más en volver a casa le preguntan “¿dónde te has metido?, ¿con quién estabas?”, son las chicas que cuando se hacen adultas tienen un sentido de amabilidad excesivo con respecto a la atención positiva que han recibido; son las que cuando se hacen adultas se creen las más guay.

Lo digo porque estas cosas se ven: cuando se tiene a una paciente con un buen nivel de amabilidad, un buen repertorio de técnicas sociales, asociadas al cortejo, significa que ha tenido una relación importante con el padre: excluyo que exista (y por esta razón la defino una “clave de lectura”) una chica que haya crecido en ausencia de una figura paterna, con un vacío de figuras masculinas, que presente una buena capacidad seductora y que posea un buen repertorio de técnicas asociadas con el cortejo y de manejo de la relación con los hombres.

Mujeres abandonistas

Las mujeres con un padre ausente o marginado, o la mujer con la madre como contrapartida emocional, como figura de mayor importancia, es en general una mujer de tipo opuesto a la primera, la que tiene el padre dominante. Se nota porque tiene elegancia en su “mostrarse”. Generalmente no tiene un buen repertorio de técnicas sociales de cortejo, se muestra pasiva en cualquier acercamiento, nunca tomaría la iniciativa, si la cortejan se siente incómoda, no se deja conocer, siempre piensa ser un peso para los demás, de todas formas nunca toma la iniciativa, ni para empezar una relación ni para cortarla. Se porta de manera opuesta a las otras que siempre son las que toman la iniciativa en el contacto y en cortar las relaciones. Se nota también en casa, las otras mujeres cuando eran chicas siempre tomaban la iniciativa de hablar con el padre, cuando lo decidían ellas y lo dejaban de hacer cuando querían, le decían: “papá ahora vete de mi habitación porque tengo que estudiar”, lo hacían todo ellas. Se trata de una manera diferente de ver las cosas, las que han crecido con un padre ausente se construyen sobre un vacío, sobre un agujero, las otras, en cambio, con un padre híper presente, se construyen sobre una presencia de la que hay que distanciarse, de la que hay que diferenciarse: de ahí depende la actitud abandonista o no. Las que se han construido sobre una ausencia, tal vez porque el padre estaba ausente físicamente (el clásico manager que se queda en casa solo el domingo, y el domingo quiere solo descansar, y por lo tanto estaba disponible solo dos horas por semana, la tarde durante dos horas, tal vez era bueno, cariñoso, sin problemas; pero dos horas con respecto a una espera de una semana no eran suficientes para colmar...), o sea que estas dos horas se apreciaban durante los 7 días sucesivos de ausencia. Éste es el tema de abandono, *es como si las cosas se apreciaran más una vez que se han acabado*. Es como si estuvieran acostumbradas a acabarlas de esta manera, a verlas cómo eran, solo cuando se han terminado. Las que tienen el padre híper-presente ostentan otro problema, no saben cómo crear un espacio de diferenciación con el padre, papá siempre está con ellas, y no sólo el domingo durante dos horas, se queda todo el domingo. Y ella para quedar con un novio tiene que crearse un espacio de separación del padre, quizás se separa durante 4 horas y luego vuelve, por lo tanto se pone de manifiesto el tema que ella es la que toma la iniciativa de diferenciarse. La otra presenta el problema

opuesto, nunca tiene el tiempo suficiente, la única manera de estar con el padre es cuando se acuerda de su presencia, con el recuerdo compensa la ausencia. Este estilo de fondo se hace evidente en la diferente manera en que las dos se enamoran. La abandonista con el padre dominante generalmente lleva a cabo una operación de este tipo: se da cuenta que se enamora de alguien cuando se hace una promesa “este chico es demasiado importante, nunca lo dejaría”, pero no tiene dudas acerca del hecho que si alguien tendrá que cortar esta relación, será ella que lo hará, es ella que se hace esta promesa. Ella tiene clara la evolución, si hay que cortar la relación, ella será la iniciadora. La otra, en cambio, se da cuenta que está enamorada porque le parece una cosa demasiado bonita para ser real, vive el enamoramiento como una ausencia, si no existe otra mujer como rival, vive la ausencia porque le parece una situación imposible, le parece imposible que pueda seguir, y de todas formas le parece más lógico vivirlo por lo que hubiera podido ser, incluso mientras está viviendo el enamoramiento. (Los hombres se comportan más o menos igual, hay alguna pequeña diferencia que luego iremos viendo).

Las mujeres abandonistas presentan lo típico que hemos comentado antes: las cosas adquieren valor solo después que se han acabado. Acerca de esto hay un chisme que dice “hay algunas personas que para enamorarse tardan exactamente el mismo tiempo que alguien tarda en dejarlas”. Es uno de los patrones que el terapeuta tiene que explorar atentamente durante la fase de adolescencia, es un clásico, que se detecta cuando se explora la fase de debut. Por ejemplo, hay una situación de negociación en que el chico corteja a la chica durante todo el año escolar. Ella está indecisa, no sabe qué hacer, él le parece bastante superficial, luego le parece que a veces es superficial y a veces no lo es. El chico se cansa de esta situación de indecisión por parte de la chica y empieza a cortejar a otra. Cuando ella se entera de que está cortejando a otra, él de repente llega a ser el amor de su vida, le amará hasta el último año del instituto, durante todos los años. Es uno de los típicos enamoramientos iniciales dentro de un patrón de abandono, en que el momento de la separación coincide con la toma de conciencia del enamoramiento y del vacío sobre el que trabajar. Sobre este vacío ella elaborará, durante los 4 años que le quedan para acabar la escuela, estos 7 meses de cortejo de que ella no se ha enterado, por ejemplo, culpándose por esto... “¡Ah! Si el día en que él me dijo....”

Hombres dejadores o “donjuanes”

Los chicos correspondientes tiene un patrón opuesto, o sea el chico dejador es el que tiene una madre dominante; de hecho es el clásico prototipo del “hombre fóbico, donjuán”, que tiene una madre dominante siempre enfocada a él, que le proporciona una amabilidad segura, como si la mujeres tuvieran el deber de estar interesadas en él, como si él no las tuviera que conquistar. Son los tipos de hombre que intentan prevenir la propia implicación en las relaciones, tienden a tener el control de las relaciones significativas. Es un control que consiste en que, en el caso en que no se tiene, se separan de manera preventiva, se desenganchan antes. Aquí aparecen las mismas características de las mujeres dejadoras, mamá es una figura presente y dominante, es la contrapartida emocional, el chico siempre tiene una relación con la madre y tiene un buen repertorio de técnicas sociales asociadas al cortejo. Entre todos los hombres, son aquellos que tienen la capacidad de ganar la confianza de una mujer en solo 5 minutos. Son los que han vivido en un ambiente con muchas mujeres alrededor, mujeres totalmente enfocadas sobre él. La manera en que ha aprendido, desde que

era pequeño, las técnicas para quedar con una mujer y la manera de influir sobre ellas, son modalidades que él no sabría cómo explicar, es un estilo; es como un persona que sabe esquiar pero no sabe explicar cómo hay que poner los pies, lo sabe hacer y punto. Es un discurso de reciprocidad, de captar los pequeños detalles y a partir de estos detalles deducir las señales de los estados de ánimo; es decir que un hombre que tiene un buen repertorio de técnicas de cortejo es alguien que ha tenido una presencia femenina totalmente dirigida hacia él.

Hombres abandonistas

El hombre correspondiente a la mujer abandonista es el que ha tenido a papá como contrapartida emocional, como figura de apego principal, y a mamá como figura secundaria o ausente o percibida como rechazante: éste es el chico que corresponde a la chica que estuvieron comentando antes; o sea alguien que construye sobre la ausencia, presenta el tema del enamoramiento como algo imposible, demasiado bonito para ser real, es algo que no se espera, le parece más normal que no funcione. Aquí también está el tema de que las cosas le parecen más definidas cuando se han acabado; desde este punto de vista, cuando las cosas se acaban, se siente más libre, más libre de acordarse, controla las cosas completamente. En general no tiene un repertorio de técnicas sociales desarrolladas, al contrario, el repertorio es muy reducido. A veces notamos, por ejemplo, para la categoría DEP, un hecho que es absolutamente típico: el aislamiento que han tenido con respecto a los coetáneos, además de las relaciones de pérdida presentes en casa, en familia: los depresivos presentan un repertorio de técnicas sociales de cortejo muy rudimentarias, pero técnicas significa, no sólo “técnicas comportamentales”, sino también “técnicas cognitivas”, o sea la capacidad de detectar el punto de vista del otro, la capacidad de explorar las intenciones, y los planes del otro; hablo de técnicas desde una óptica amplia. No se trata solo de una cuestión comportamental, sino de la capacidad de reconocimiento de las actitudes, tener una tipología de la contraparte. Esto para los depresivos implica un doble nivel: el tema de no amabilidad y de incapacidad de seducir que les lleva a construirse o confrontarse con situaciones de imposibilidad, se asocia a la falta de técnicas sociales de cortejo. Esto les lleva a interpretar esta imposibilidad como confirmación de la no amabilidad. Como para las mujeres, también para los hombres abandonistas ésta es una clave de lectura esencial. Podéis estar seguros que el padre para él tiene más relevancia que la madre. En cambio, el chico dejador ha tenido una madre que para él era más relevante que el padre. Esto se asocia más a la ruptura que a la formación, o sea la manera en que un abandonista sale de una relación, la manera de cortar una relación en este tipo de persona se nota más en cómo la persona se sitúa dentro de una ruptura de una relación, y por lo tanto es una cosa que se tiene que explorar atentamente. Pero este trabajo tenemos que llevarlo a cabo prestando atención a los procesos más que a los aspectos formales. Es decir, pronunciar las palabras “te dejo” no significa producir la ruptura de una relación. La cuestión dentro de una ruptura es: *quién es el que se siente el protagonista de la ruptura y quién es el que se siente víctima*. Esta es la polaridad “Dejador-abandonista”. Esto ocurre, aunque luego se comenta de manera diferente, por ejemplo, quien siente que ha sufrido la ruptura podría comentar: “te dejo, hijo de puta, me voy”. Esto significa que la persona lo vive como algo sufrido, como algo producido por el otro. Es el rol de quien se percibe como quien ha producido o consumado la ruptura, que proporciona al terapeuta la información acerca de la polaridad abandonista o la polaridad dejadora. Esto se hace evidente estudiando cómo se desencadena este mecanismo, y luego cómo se gestiona y se concluye.

9.5 Adolescencia. Hacia la primera juventud

9.5.1 El “debut” sexual

Una cosa interesante es analizar el debut sexual. El “paso al acto”, la primera vez. La primera relación sexual es bastante significativa, porque nos proporciona buenas indicaciones.

Para los DAP es absolutamente típico, ya lo he comentado. Para los hombres DAP, es un drama porque la masculinidad para un DAP está totalmente enfocada sobre la virilidad; por lo tanto la primera relación sexual es “el examen de los exámenes”, es la prueba de su capacidad. Además está lo que les cuento a los demás, les contaré que no he sido capaz: un gran problema. Para las mujeres el discurso es más articulado, normalmente encontramos tres esquemas fijos. La anoréxica elige con racionalidad, lúcidamente, planifica y excluye todos los aspectos asociados con el placer. Elige el sujeto como si eligiera un vestido o un coche, por ejemplo elige uno mayor, porque, es más experto, pero uno de otro ámbito, de otro ambiente, sin implicaciones. Ella elige de una manera que consiga el control total de la situación. Lo que la caracteriza es una elección racional, planificada en los detalles. La abandonista “gordita”, en cambio, se porta de manera opuesta; vive su primera relación sexual como si fuera en un estado de trance, no se da cuenta y a veces comenta “debe haber sido aquella vez...”; no se acuerda directamente porque es casi como si se encontrara en un estado de trance, en un estado crepuscular; por lo tanto no sabe decir si le ha gustado, si no le ha gustado, cuanto ha tardado, de qué se trataba. Se entera que ha ocurrido porque él se lo cuenta. Es el típico comportamiento de la obesa. Las chicas DAP intermedias, las que pertenecen al tercer patrón, o sea las que oscilan, que tienen el periodo de hiperactividad anoréxica que luego les disminuye, son las que toman la decisión planificando todos los detalles; la primera parte llevan a cabo como las anoréxicas clásicas; luego cuando se encuentran en el momento decisivo, se ponen a llorar y viven la relación sexual en un estado de trance. Son las típicas que, como se recoge en el historial clínico, presentan intervalos de tiempo en que engordan y periodos de anorexia. Si exploramos la primera relación sexual, 9 veces sobre 10, se ve que han elegido el chico lúcidamente y planificado los detalles, todo les funciona perfectamente hasta llegar al momento en que se quitan la ropa y se ponen a llorar como un niño y viven la relación en estado de trance: no se acuerdan de cómo ha ocurrido, si les ha gustado, ni siquiera se acuerdan de qué se trataba. Esto es muy típico.

Los FOB son los que presentan menos problemas con respecto a las otras organizaciones. Los chicos FOB reciben palabras de estímulo por parte de los padres acerca de este tema. En una familia típicamente fóbica, donde se da una concepción concreta del mundo, de los peligros, se da también una concepción concreta de la virilidad que determina una evolución totalmente diferente entre los dos géneros. Por un lado hallamos un padre que es el censor de la hija, que si la hija llega con dos minutos de retraso le llama “puta”, por otro lado, si el hijo vuelve a casa a las 6 de la mañana la familia se siente orgullosa. Hace tres meses vi a la madre de un fóbico que se quejaba del hijo. Es una señora de nivel cultural medio-bajo, que se las da de aristócrata y se queja: “este chico, doctor, no hace nada, vuelve a casa a las 4 de la mañana, a las 5 de la mañana; todas estas mujeres que le llaman, ya sale con dos mujeres”; lo comenta quejándose, pero con un tono de orgullo evidente. Es una típica situación que favorece mucho el debut. Lo primero que hacen los padres de los fóbicos es comprarle una buhardilla al hijo, es el único aspecto en que se muestran permisivos. El DEP

no presenta muchos problemas morales asociados al debut. Podría presentar estos problemas de dos maneras: en una situación de aislamiento y falta de vínculo en casa se podrían producir estrenos precoces, porque él es más hábil con otras combinaciones. Otras veces el problema de la primera vez es la falta de ocasiones, es el aislamiento, la soledad, pero esto no significa que se le quiten las ganas o la aspiración. No se le presenta la ocasión para hacerlo, y esto le suscita mucha soledad y desesperación; pero no hay un problema asociado a la prestación, a la incapacidad, o a los sentimientos. El problema consiste en sentirse aislado con respecto al mundo y por lo tanto no se presenta la ocasión a causa de falta del objeto.

9.5.2 Adolescencia e identificación con el grupo de pares.

P: Vittorio, ¿es importante explorar las amistades, o sea las amistades con los coetáneos del mismo sexo?

R: Sí, esto vale tanto para los chicos, como para las chicas. El mundo de los coetáneos, como estuvimos comentando antes, llega a ser importante durante la niñez, pero con la adolescencia se hace esencial, porque la relación con los coetáneos sustenta la separación de casa. Con el paso del tiempo, el adolescente, durante el instituto, por ejemplo, logra una separación emocional y cognitiva de la casa casi completa; la relación con los demás significativos siempre es fundamental para el sentido de uno mismo, durante la adolescencia la validación de sentido de uno mismo se negocia mediante la relación con los coetáneos. Esto muestra el *conformismo* que los adolescentes llevan entre ellos; se trata de una cuestión de *identificación de grupo*, de unión y estabilización del sentido del sí mismo: todos se ponen las mismas ropas, los mismos zapatos, los mismos peinados, los mismos gustos. Es la situación del pequeño grupo que te identifica en una fase en que se está llevando a cabo una delicada operación, la separación de casa; la formación de este grupo te sirve para constituirte como una persona con vida propia y por lo tanto en esta fase los amigos mejores son aquellos con quienes se comparte esta experiencia, con los que se descubren nuevas cosas.

9.5.3 Adolescencia: pensamiento abstracto y desarrollo de la capacidad metacognitiva

En esta época de pubertad-adolescencia, ocurre un hecho fundamental, es un hecho que caracteriza la diferencia con la manera de ver y de operar típico de la niñez. El tema fundamental es que hasta que se manifiesta el pensamiento abstracto no existe la capacidad de monitorizar ni los pensamientos, ni las emociones, ni las imágenes, ni la memoria. Solo mediante el pensamiento abstracto se produce la emergencia de un segundo nivel de pensamiento: “los pensamientos que piensan los pensamientos”. Solo con este segundo nivel de meta-cognición, de cogniciones sobre las cogniciones, se hace posible la capacidad de monitorizar, porque monitorizar ya es una actividad metacognitiva, monitorizar significa percibir lo que estoy percibiendo, o sea elaboro las percepciones de lo que me está ocurriendo. Hasta que no se manifiesta la capacidad de auto-monitorización, los niños pueden soportar con facilidad la presencia de emociones contradictorias, ambiguas, incluso sentidos de sí mismo contradictorios. Esta capacidad se pierde súbitamente con la adolescencia. Durante la adolescencia, la emergencia del pensamiento abstracto y por lo tanto de la capacidad de auto-monitorización, se amplifica e incluso la más pequeña incongruencia se proyecta en la consciencia, la ambigüedad de las emociones, la contradicción del sentido de uno mismo; por esta razón empieza el malestar, también porque hay que tomar una posición.

La chica DAP, que tiene la relación fusionada con el padre donde se manifiestan

emociones contradictorias, ambiguas, hasta los 10, 11 años, soporta bien estas emociones, porque no tiene la capacidad de enfocarlas. En cuanto las enfoca, estas emociones le aparecen en la consciencia y se ve obligada a tomar una posición. La única manera de ordenar las emociones contrastantes es tomarlas, ordenarlas y tomar una posición definida, sin conseguirlo, ya que ella preferiría morir antes que enfocar las emociones. Es el momento en que empiezan las repercusiones porque en esta fase no consigue eliminar las emociones de la consciencia. Lo importante de la adolescencia es que con la manifestación de la capacidad de auto-monitorización se cierra, entre unos límites, la capacidad de exclusión de informaciones críticas que se tenía durante la niñez, ya que en la niñez hay un desarrollo limitado de la consciencia y de “la consciencia de ser conscientes”. Esto desplaza el nivel hacia lo que se define como “comportamiento adulto”. Se hace imposible excluir datos críticos directamente como hacen los niños, que tienen la capacidad de no sentir algo que les molesta. Por lo tanto, la paciente “gordita” que tiene una relación ambivalente con el padre, el padre que la trata siempre bien, haciendo las cosas por ella, dando a entender que es “tonta”; una paciente de este tipo puede tolerar esta situación hasta los 11 años. Un vez que se ha convertido en mujercita, esto llega a ser un problema y, en consecuencia, empieza a engordar. Otras veces, durante la pubertad, hay otros temas que se pueden deducir a partir de estos fenómenos: por ejemplo, un chica que engorda improvisamente a los 14 años, aumenta 20 kilos durante un verano. Si excluimos a estos mecanismos, o sea el aflorar de emociones contradictorias mediante el desarrollo de la consciencia, es conveniente explorar atentamente los acontecimientos ocurridos en casa, porque con mucha probabilidad ha ocurrido algo en casa que se asocia con la figura de apego preferencial.

Una paciente mía presentaba este fenómeno que resultaba absolutamente inexplicable, había aumentado 20 kilos durante el verano entre los 14 y los 15 años: aparentemente no había ningún dato significativo, ningún cambio de escuela, etc. Durante el invierno había ocurrido, un acontecimiento que no había afectado la familia, pero a ella, mucho; el padre tuvo un juicio por un tema de trabajo. Una empresa le había llevado juicio, pero se había solucionado con la absolución y la devolución del dinero de los gastos procesuales, y por lo tanto se había solucionado muy positivamente. La familia no había vivido este acontecimiento con mucha intensidad, porque estaban seguros de ganar, pero la chica lo había vivido como el primer cuestionamiento de la figura paterna, como un primer indicio de relativización. La aparición del pensamiento abstracto le había empezado a cambiar la imagen del padre, había empezado a pensar que quizás el padre no era este súper hombre que ella creía. Era el primer gran redimensionamiento del padre, sin ningún acontecimiento “objetivamente” significativo, y además sin que ella lo percibiera: ella apoyaba al padre, porque creía que el padre era una víctima de esta situación. De hecho durante este juicio ella había engordado 20 kilos y por lo tanto con las continuas visitas a endocrinólogos, dietistas.. etc.. la mamá había empezado a cuidarse de ella y preocuparse por ella. Esto no le hubiera ocurrido si ella hubiera sido más pequeña, o sea, la misma situación a los 8 años hubiera podido producir emociones intensas, contrastantes pero no le hubiera llevado a engordar 20 kilos porque no hubiera podido enfocar las emociones y por lo tanto no hubiera tenido que tomar ninguna posición respecto a esto.

Durante esta fase hay que explorar bien las muertes de los abuelos, porque son el fallecimiento de los padres de los padres; es muy frecuente que se presente un duelo significativo por parte de los padres, y esto lleva a cambios de actitudes, ya que, como

sabemos, en las familias siempre continuamos siendo hijos, aun cuando seamos padres. En algunas familias se vive “puerta a puerta” con los abuelos, tal vez para algunos padres la figura cercana de los abuelos es una cuestión de protección: muertos los abuelos, el padre a los 50 años, se siente expuesto, menos protegido. Muchas veces se ven cambios de actitudes evidentes a consecuencia de la muerte de los abuelos, a veces desencadena fuertes reacciones depresivas.

9.5.4 Hacia la juventud

Una vez que se ha hecho este trabajo, ya durante la adolescencia se tiene un marco completo, y aquí se vuelve a los repertorios de agresividad, de los estilos afectivos, a la reconstrucción del problema que se ha llevado a cabo en las fases iniciales. Si se quiere seguir con la juventud, las cosas más significativas que se tienen que explorar son: el tipo de programación de vida que la persona empieza a llevar a cabo, el tipo de orden que la persona se auto-plantea: por orden quiero decir imagen de sí mismo que se pone en evidencia, una imagen auto-monitorizada, qué tipo de planteamiento del programa de vida empieza a derivarse. Este es el trabajo principal que hay que llevar a cabo durante la fase de juventud, porque es lo que permite identificar las bases para explorar los periodos críticos de la fase adulta. El periodo crítico de los 30 años, en general, corresponde a las primeras exigencias de verificación concreta, real, de la base del programa que una persona se había creado durante los primeros años de la juventud.

...

Aquí cesa la transcripción. La interrupción del texto corresponde a la interrupción de mi última grabación de la clase de psicoterapia. Incluso la obra global, científica, profesional y humana de Vittorio Guidano se puede definir “incompleta”, como la famosa sinfonía de Schubert: pero como comentaba él con respecto a la obra del famoso compositor, incompleta significa “no acabada”, significa interrumpida precozmente, pero su interrupción nos ha dado la idea que quería expresar.

Nota de la traducción

Transcribir un texto oral, desarrollado a través de numerosas y sucesivas sesiones de entrenamiento terapéutico, es una tarea laboriosa, pero posible. Traducir este texto a otro idioma continúa siendo una tarea laboriosa, pero casi imposible, dada la inmediatez en la organización discursiva y las variantes coloquiales, propias del diálogo espontáneo, que dificultan la tarea del traductor. Se añade a ello la libertad para crear neologismos que el autor se permite en un contexto no académico, pero que luego encuentran dificultad en la fijación terminológica por escrito. Esta es la razón por la que hemos mantenido algunas palabras en inglés, tal como las usa Vittorio Guidano, particularmente el término “assessment”, que en su concepción puede referirse a un tipo de evaluación contextualizada, pero sobre todo a reformulación del relato del paciente en función de los diversos “sistemas de organización de significado”. Esta misma razón nos ha llevado a aceptar neologismos, como “indirección”, en su traducción literal. Esperamos que el lector sepa aceptar comprensivamente estas constricciones del texto que afectan inevitablemente a la calidad de la traducción.

Notas al texto

- ¹ Dentro del modelo postracionalista es central el aprendizaje a través de una “simulación desde el interior”, o sea experimentar en nuestra propia piel la situación terapéutica, poniéndonos en el papel, tanto del paciente como del terapeuta.
- ² En el año 1986, Vittorio Guidano no había formalizado todavía de manera oficial la designación de su modelo que llamaría post-racionalista a partir de los años 90.
- ³ Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*, New York: Int. Univ. Press y Beck, A. T & Rush, A. J & Shaw B. F. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- ⁴ Ellis A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart. Es evidente, como tratará mas adelante Guidano, que en esta parte está trivializando y exagerando una modalidad “racionalista” con la finalidad de poner en evidencia las diferentes modalidades de enfoque.
- ⁵ En este primer ejemplo sobre cómo plantear una psicoterapia no racionalista, la renuncia a un criterio de objetividad, en este caso la pulsión sexual, se asocia a una precisa elección epistemológica focalizada sobre la evolución del observador, sobre la peculiaridad típica del “primate parlante” hombre. Guidano aclarará mejor este concepto en el Cap. 3 Par. 4 “Assesment y renuncia a criterios de objetividad”.
- ⁶ El concepto de control coalicionado ha sido explicado en detalle por Guidano en su libro “*La complessità del Sé*”. Un concepto parecido en parte al nivel neurofisiológico, expuesto por el neurocientífico americano Walter Freeman que habla de “acuerdos neurales”: ninguna neurona o parte del cerebro tiene la responsabilidad de controlar las otras partes. La coordinación se lleva a cabo a través de reclamos, no viene impuesta. La clave para comprender la función del cerebro se encuentra en la imponente utilización de las áreas mediante las cuales cada parte del cerebro transmite señales a otras partes y los recibe por parte de estas, al igual que en un coro, cada cantante oye a todos los demás y reacciona a todos los demás. Estas interacciones proporcionan las bases para el acuerdo neural que es necesario para la auto-organización del comportamiento. (Freeman 2000, “Como aprende tu cerebro” Ed. Pax México).
- ⁷ La ironía de Guidano se refiere específicamente al contexto acerca del que está hablando. El “relativismo” se considera en antítesis a la existencia de un orden externo objetivo, válido para todos. Como veremos más adelante define el objeto de sus estudios en el marco de una epistemología evolutiva, alejada de los enfoques relativista y racionalista.
- ⁸ Sobre la íntima interconexión entre factores emocionales, tácitos, y factores cognitivos, explícitos, en la construcción de una habilidad personal, ver un autor que ha ejercido una notable influencia sobre Vittorio Guidano, Michael Polany. Sobre los aspectos más “abstractos” que influyen en la percepción y el conocimiento, ver Friedrich von Hayek.
- ⁹ De ahora en adelante utilizaremos el termino “DAP” para hacer referencia a la organización de significado personal de los trastornos alimentarios psicógenos (Disturbo Alimentario Psicógeno). Las demás siglas, acrónimos, indican las organizaciones que quedan (deprimidos-depresivos, DEP la organización depresiva; fóbicos “FOB”, la fóbica; obsesivos “OBS”, la obsesiva).
- ¹⁰ Aquí se refiere a un juego con la idea de “Game” de Eric Berne *Games people play*, 1964.
- ¹¹ Es el caso de Jessica, descrito detalladamente el año 1991 en *Affective change events in a cognitive therapy system approach*, capítulo publicado por Guidano en el libro *Emotion psychotherapy and change* de Jeremy Safran and Leslie Greenberg. El caso se describe también en el libro editado por A. Quiñones, *Psicoterapia cognitiva postracionalista* (2007).
- ¹² Aquí Guidano habla del paciente fóbico, o sea el paciente fóbico “neurótico”. Un fóbico “normal”, al contrario, para vencer el miedo y por su fuerte deseo de libertad, es capaz de dar la vuelta al mundo solo. En los años siguientes, Guidano, desarrolla aún más la tesis que un mismo significado personal puede ser modulado según la capacidad de abstracción-concreción, integración y rigidez-flexibilidad de manera “normal”, “neurótica” o “psicótica”.

- ¹³ Donna Letizia, famosa periodista italiana de una “revista del corazón” de los años 70-80 que daba consejos acerca de la vida sentimental (el equivalente en España sería el “consultorio de la Sra. Francis”, famosa también en la misma época en algunas emisoras de radio N.T.).
- ¹⁴ Este tema se ha tratado en una parte de la formación, no incluida en este texto. Se puede ver ampliamente desarrollada en V.F. Guidano “*The self in process*”.
- ¹⁵ El caso se encuentra en la parte 6.1. “primer caso (éxito terapéutico)”.
- ¹⁶ Para profundizar el concepto expresado por el neologismo “indirección”, además de los dos libros clásicos de Guidano, se puede hacer referencia al “conocimiento tácito” de M. Polany y al de “la primacía del abstracto” de Hayek. He encontrado puntos comunes con un concepto más reciente de Damasio (*Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano, 2000). En el cap. 3 (la conciencia nuclear) primer capítulo (el estudio de la conciencia, pag. 105-109). Damasio trata las dificultades de estudiar los fenómenos cognitivos sobre todo la conciencia subjetiva, en “tercera persona” y desde un punto de vista externo, invitando a proceder “por vías indirectas”: los actos del comportamiento-patadas, puñetazos y palabras- son expresiones adecuadas del proceso mental privado, pero no son idénticas a él.
- ¹⁷ Para quien trabaja en los servicios de salud mental, sobre todo con los pacientes graves y en Italia, se puede considerar esta concepción bajo el aspecto “eto-antropológico”, como una posibilidad de observación directa y en vivo en los lugares cotidianos de la vida de las personas, observación posible gracias a los “multi- niveles” de los ámbitos de intervención. Esto ofrece informaciones sorprendentes con respecto a cuando existía solo una estructura de observación cerrada, como el hospital psiquiátrico.
- ¹⁸ En referencia al artículo sobre “poseer las nociones que no se suponía poseer y sentir emociones que estaba prohibido sentir” de J. Bowlby. En “*Cognitivismo e psicoterapia*” a cargo de V.F. Guidano y M.A: Reda 1985.
- ¹⁹ Se refiere a la modalidad prevalente en las terapias familiares de los años 80.
- ²⁰ Valeria Ugazio es una terapeuta familiar cercana al constructivismo, atenta a los “significados personales” (ver *Historias permitidas, historias prohibidas*, Ed Paidós 2001)
- ²¹ Un grupo con estas características, formado por parte de los alumnos de Guidano, llamado “Grupo Psicosis”, se reúne mensualmente desde 1994 en Roma, coordinado por Giovanni Cutolo.
- ²² Estas consideraciones de Guidano pueden representar una manera original, en mi opinión más manejables, de enfocar lo que en términos psicodinámicos se define como “narcisismo”.
- ²³ Para la explicación del término “abandonista” hay que hacer referencia a los capítulos siguientes Cap.9 Par. 9.4.7 “identidad sexual y apego de género”.
- ²⁴ El término Dápico se utiliza para denominar una modalidad típica de una persona con una organización tipo trastornos alimenticios psicógenos (DAP).
- ²⁵ Ver Capítulo 2, Párrafo 2.6 “Las trabas y los juegos. Qué es la resistencia”.
- ²⁶ Ver Capítulo 3, Párrafo 3.2 “El método de auto-observación y la técnica de la moviola.
- ²⁷ Es un caso que ha comentado en una fase precedente de la formación que no ha sido transcrita en este texto.
- ²⁸ Ver capítulo 5, párrafo 5.2
- ²⁹ Ver G. Bateson “*Verso una ecología della mente*” Adelphi
- ³⁰ Ver la trilogía de J. Bowlby “*Attaccamento e perdita*” editada por Bollati Boringhieri.
- ³¹ Ver Popper-Eccles “*L’io e il suo cervello*” [1977], Armando, Roma, 1981 y K.R. Popper . “*Conoscenza oggettiva. Un punto di vista evolucionistico*” Armando ed.1975
- ³² Ver P. Watzlawik. “*La realtà della realtà*” Astrolabio Ubaldini 1976.”.
- ³³ Es sorprendente ver cómo aquí ya se define (estamos en 1986) una concepción no racionalista de la “teoría de la mente” y de la metacognición, es un argumento que será de mucho interés incluso en el decenio sucesivo, también en el ámbito clínico, con un planteamiento prevalentemente racionalista. Incluso el descubrimiento reciente de las “neuronas espejo” parece una teoría de

validación de la teoría post-racionalista que tiende a mantener asociados los aspectos subjetivos de la experiencia con el aspecto “inter subjetivo” del apego y con el aspecto “objetivo” de las ciencias neurofisiológicas. Este planteamiento se asocia a un planteamiento en que Guidano propone, por primera vez, una visión novedosa “desde el punto de vista de la persona”, del fenómeno psicótico.

- ³⁴ Ver Thomas Nagel, sobretodo el artículo “*what is it like to be a bat*” traducido “¿Qué se siente siendo un murciélago?”. Reproducido por Hofstadter D.R y Dennet D.C “*L'io della mente*” Adelphi 1985, pag.379-391.
- ³⁵ Oliver Saks, 1986
- ³⁶ K.R.Popper: “*Conoscenza oggettiva*” 1972, Roma: Armando
- ³⁷ “*Toddlers and Parents*” Penguin, Harmondworth, 1974, de T. Berry Brazelton. Ver también “*Il bambino da zero a tre anni*, Fabbri, 2003
- ³⁸ Dentro de la organización de tipo trastorno alimentario psicógeno (DAP), Guidano distingue un subgrupo con trastorno alimentario prevalente, estadísticamente menos numeroso, de un grupo en el que el tema del temor al juicio y de evitación de la exposición se despliega de manera más consistente a través de estrategias relacionales.
- ³⁹ Ver Berne en obra citada *Games people play*

Bibliografía general de Vittorio Guidano

A. ARTICULOS APARECIDOS EN REVISTAS

1. Guidano, V.F., Liotti, G., Pancheri, P.: Analisi al Differenziale Semantico del concetto del sè, dell' accettazione del sè e delle figure dei genitori nei nevrotici e nei soggetti normali. **Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria**, 32, 298-311, 1971.
2. Liotti, G., Guidano, V.F., Pancheri, P.: Analisi al Differenziale Semantico degli stimoli equivalenti al concetto di medico. **Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria**, 32, 427-433, 1971.
3. Guidano, V.F., Liotti, G.: La capacità di formulare giudizi aggressivi in diversi gruppi diagnostici: un indagine al Differenziale Semantico. **Rivista di Psichiatria**, 7, 129-137, 1972.
4. Guidano, V.F., Pancheri, P., Liotti, G., Serra, P.: TRADUCCION, adattamento e prime esperienze cliniche con l'”Hoffer-Osmond Diagnostic Test”. **Rivista di Psichiatria**, 7, 51-66, 1972.
5. Guidano, V.F., Liotti, G.: La terapia del comportamento. **Rivista di Psichiatria**, 7, (217-255, 1972.
6. Liotti, G., Guidano, V.F.: Aspetti clinici della terapia del comportamento. **Rivista di Psichiatria**, 7, 256-276, 1972.
7. Guidano, V.F., Liotti, G.: La sindrome ossessivo-compulsiva: un approccio in base ai principi dell' apprendimento. **Rivista di Psichiatria**, 7, 291-298, 1972.
8. Sibilia, L., Liotti, G., Borgo, s., Guidano, V.F.: Analisi dei rinforzi nel comportamento degli etilisti cronici mediante la Griglia di Kelly. **Rivista di Psichiatria**, 7, 277-283, 1972.
9. Guidano, V.F., Liotti, G.: Terapia dell' impotenza psicogena mediante la Desensibilizzazione Sistemica. **Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria**, 33, 564-574, 1972.
10. Liotti, G., Guidano, V.F.: La sindrome agorafobica: etiologia e terapia in base ai principi dell' apprendimento. **Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria**, 34, 208-221, 1973.
11. Liotti, G., Guidano, V.F.: Behavioral analysis of marital interaction in agoraphobic male patients. **Behavior Research and Therapy**, 14, 161-162, 1976.
12. Guidano, V.F., Liotti, G.: A three-levels cognitive-behavioral theory of agoraphobia. **Scandinavian Journal of Behavior Therapy**, Vol. 6, Suppl. 4, 70, 1977.
13. Liotti, G., Guidano, V.F.: Disturbi Psicogeni dell' alimentazione: un' analisi in termini di programmazione del comportamento. **Rivista di Psichiatria**, 13, 440-460, 1978.
14. Mancini, F., De Pascale, A., Gardner, G., Guidano, V.F.: Modello Percettivo-immaginario dell' isteria. **Rivista di Psichiatria**, 14, 29-37, 1979.
15. Guidano, V.F., Liotti, G.: Repertorio comportamentale e organizzazione del comportamento. **Ricerche di Psicologia**, 17, 75-88, 1981.
16. Guidano, V.F.: Psicología clínica. **Ricerche di Psicologia**, 1, 223-226, 1984.

17. Amoni Guidano, D., Cotugno, A., Caridi, A., Guidano, V.F.: Livelli di cambiamento in psicoterapia: un approccio cognitivo-comportamentale. **Archivio di Psicologia, Neurologia e psichiatria**, 3-4, 395-411, 1985.
18. Guidano, V.F.: Commento all'articolo di Cancrini M.G. e Harrison L. "Dal caso clinico alla telenovela con l'aiuto di G. Bateson". **Ecologia della Mente**, 2, 77-78, 1986.
19. Fenelli, A., Guidano, V.F.: La sessualità nella terza età: l'approccio cognitivo. **Rivista di Sessuologia**, 10, 125-128, 1986.
20. Guidano, V.F.: Cognitivismo e sistemi complessi. **Ecologia della Mente**, 4, 6-25, 1987.
21. Blanco, S., Guidano, V.F., Piras, G., Porcu, S., Reda, M.A., Zorcolo, G.: I dolori addominali ricorrenti (D.A.R.): un processo disfunzionale nell'organizzazione della conoscenza tacita? **Rivista N.P.S. Neurologia, Psichiatria, Scienze Umane**, 1, 132-148, 1988.
22. Blanco, S., Guidano, V.F., Palomba, M., Porcu, S., Reda, M.A., Zorcolo, G.: Un approccio sistemico processuale all'organizzazione cognitiva di soggetti caratteropatici. **Rivista N.P.S. Neurologia, Psichiatria, Scienze Umane**, 10, 447-463, 1990.
23. Guidano, V.F.: De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. **Revista de Psicoterapia**, 1, 113-129, 1990.
24. Guidano, V.F.: La terapia cognitiva desde una perspectiva evolutivo constructivista. **Revista de Psicoterapia**, 14/15, 89-112, 1993.
25. Guidano V.F., Dodet M.: Terapia cognitiva sistemico-processuale della coppia. In **Psicobiettivo XIII**, n.1, pag.29-41 genn.aprile 1993
26. Guidano V.F. : Conversazione con Vittorio Guidano. A cura di J.Minerva Medina Diaz. **Revista de Psicoterapia**, Vol.IX, n.33, 1998¹
27. Guidano V.F. : Psicoterapia: aspectos metodológicos , cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva postracionalista. In **Revista de psicoterapia** Vol.X n. 37, 1999
28. Guidano V.F. :Dalla rivoluzione cognitiva all'approccio sistemico in termini di complessità: riflessioni sulla nascita della terapia cognitiva. In **Psicoterapia cognitiva comportamentale**, 5, 3, 1999.
29. Arciero G. Guidano V.F. : Ricardo:Le Recit D'Une Therapie Constructiviste. In **Revue francophone de clinique comportementale et cognitive** vol.4 n.3 pag.30-36 1999
30. Guidano V.F. : Psicoterapia cognitiva postracionalista y ciclo de vida individual. In **Revista de Psicoterapia** Vol.XI n.41, pag. 35-66, 2000²
31. Guidano V.F. : Enfoque postracionalista en un caso de trastorno dissociativo de la personalidad. En **Revista de psicoterapia** Vol.XI, n.41, pag. 83-92, 2000

B. ARTICULOS APARECIDOS EN LIBROS Y ACTAS DE CONGRESOS

32. Liotti, G., Guidano, V.F.: Analisi e terapia comportamentale della coppia. Atti dell'VII Convegno Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Nov. 1974, Napoli.
33. Liotti, G., Guidano, V.F.: Terapia della coppia e della famiglia. In: Tedeschi G. (Ed.) **La psicoterapia oggi**. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.
34. Guidano, V.F., Liotti, G.: L'analisi comportamentale di coppia. In: Sanavio E. (Ed.) **Le nevrosi apprese**. F. Angeli, Milano, 1978.
35. Guidano, V.F., Liotti, G.: La sindrome ossessivo~compulsiva. In: Sanavio E. (Ed.) **Le nevrosi apprese**. F. Angeli Milano, 1978.
36. Mancini, F., Reda, M.A., Guidano, V.F.: Un metodo di valutazione della psicoterapia comportamentale. Atti de XIII congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Aprile 1979, Perugia.
37. Mancini, F., Guidano, V.F.: Il concetto di cambiamento nell'ottica cognitiva della psicoterapia comportamentale. Atti del XVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia, Nov. 1979, Acireale.
38. Consulente per l'edizione italiana del **Dizionario di Psichiatria** (Hinsie & Campbell) Eds. Cuzzolaro M., Zanda G., Astrolabio, Roma, 1979.
39. Guidano, V.F.: L'organizzazione della conoscenza. In: Guidano V.F., Reda M.A. (Eds.) **Cognitivismo e psicoterapia**. F. Angeli, Milano, 1981.
40. Guidano, V.F. Repertorio comportamentale e organizzazione comportamentale. In Fiorelli S. e Rezzonico G., eds., **La modificazione del comportamento**. F. Angeli, Milano 1981
41. Amoni Guidano D., Guidano V.F., Reda, M.A.: Il concetto di inconscio nel cognitivismo contemporaneo. In: Balestrieri G. (Ed.) **L'inconscio e le scienze**. Masson, Milano 1982.

42. Guidano, V.F., De Silvestri, C.: I disturbi sessuali. In:Reda G.C. (Ed.) **Trattato di Psichiatria**. USES, Firenze, 1982.
43. Guidano, V.F.: A constructivistic outline of cognitive processes. In Reda M.A., Mahoney M.J. (Eds.) **Cognitive Psychotherapies**. Ballinger, Cambridge MA, 1984.
44. Guidano, V.F., Liotti G.: A constructivistic foundation for cognitive therapy. In: Mahoney M.J., Freeman A. (Eds) **Cognition and Psychotherapy**. Plenum, New York, 1985.
45. Guidano, V.F.: The self as a mediator of cognitive change in psychotherapy. In: Hartmann L., Blankstein K. (Eds.) **Perception of self and emotion in psychotherapy**. Plenum Press, New York, 1986.
46. Guidano, V.F.: Il punto di vista cognitivo nell'interazione osservatore/osservato. In: Molinari E., Mosconi A. (Eds.) **Il Processo terapeutico nell'approccio sistemico**. Ed. Unicopli, 1986.
47. Guidano, V.F.: Sistemi complessi e terapia cognitiva. Atti del III Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Ott. 1986, Milano.
48. Guidano, V.F.: A systems process-oriented approach to cognitive therapy. In: Dobson K. (Ed.) **Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies**. Guilford, New York, 1988.
49. Blanco, S., Guidano, V.F., Reda, M.A.: Problemi della formazione dello psicoterapeuta cognitivo. In: Benvenuto, S., Nicolaus, O. (Eds.) **La bottega dell'anima**. F. Angeli, Milano, 1990.
50. Guidano, V.F.: L'adolescente nel modello cognitivo. In: Nuvoli G.F. (Ed.) **Psicologia e adolescenza**. Delfino Editore, Sassari, 1990.
51. Guidano, V.F.: Affective change events in a systems approach to cognitive therapy. In: Safran, J.D., Greenberg, L. (Eds.) **Emotion, Psychotherapy & Change**. Guilford, New York, 1991.
52. Guidano, V.F.: Dalla rivoluzione cognitiva all'approccio sistemico in termini di complessità: riflessioni sulla nascita e sull'evoluzione della terapia cognitiva. In: De Isabella G., Festini Cucco W., Sala G. (Eds.) **Psicoterapeuti, teorie, tecniche: un incontro possibile?** F. Angeli, Milano, 1991.
53. Guidano V.F., De Silvestri C.: Problemi sessuali: disfunzioni e deviazioni di interesse psichiatrico. In Reda G.C. **Psichiatria. Problemi fenomeni ipotesi interventi** IIa ediz. UTET Torino, 1993
54. Cutolo G., Guidano V.F. : Cognitivismo sistemico post-razionalista e psicosi. In Manfrida G. e coll. **Psicopatologia e modelli psicoterapeutici : la prospettiva relazionale**. Wichtig ed. 1993
55. Guidano V.F. : Il passaggio da un'Epistemologia Razionalista ad una Post-razionalista: riflessioni sull'evoluzione della terapia cognitiva. In **Seminari 1993 - Psicoterapie a confronto**. Melusina editrice 1994
56. Guidano, V.F.: La Rielaborazione dell'identità in una prospettiva ontologica. In: Lombardo, G.P., Malagoli-Togliatti, M.(Eds.) **Epistemologia in Psicologia Clinica**. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
57. Guidano, V.F.: A constructivist outline of human knowing processes. In: Mahoney, M.J. (Ed.) **Cognitive and Constructive Psychotherapies**. Springer, New York, 1995.
58. Guidano, V.F.: Constructivistic psychotherapy: a theoretical framework. In: Neimeyer, R.A., Mahoney, M.J. (Eds.) **Constructivism in Psychotherapy**, APA. Washington D.C., 1995.
59. Guidano, V.F.: Self-observation in constructivistic psychotherapy. In: Neimeyer, R.A., Mahoney, M.J. (Eds.) **Constructivism in Psychotherapy**, APA. Washington D.C., 1995.
60. Guidano V.F. : Lo sviluppo del Sé. In Bara,B. **Manuale di psicoterapia cognitiva**. Bollati Boringhieri, Torino 1996
61. Guidano V.F. : Dalla rivoluzione cognitiva all'approccio sistemico in termini di complessità: riflessioni sulla nascita e l'evoluzione della terapia cognitiva. In De Isabella G., Festini Cucco W. e Sala G. Eds., **Psicoterapeuti, Teoria, Tecniche. Un incontro possibile?** Franco Angeli, Milano, 1997
62. Guidano V.F. : L'emozionalità del terapeuta in psicoterapia. In **Seminari 1997 – Il corpo e la terapia cognitiva** (Atti del Convegno SITCC Orvieto 20-21-22 ottobre 1995) Melusina editrice 1997
63. Guidano V.F. : Tavola rotonda con M.Mahoney, A.Fenelli, G.Arciero : ...Ad uno statuto dell'epistemologia del corpo. **Seminari 1997 – Il corpo e la terapia cognitiva** (Atti del Convegno SITCC Orvieto 20-21-22 ottobre 1995) Melusina editrice 1997
64. Guidano V.F. : El estado de la cuestión en la terapia cognitiva posrazionalista. In Caro,I. (Comps.), **Manual de psicoterapias cognitivas: Estrado de la cuestión y proceso terapéuticos**. Barcelona: Paidós. 1997
65. Guidano V.F. : O percurso de um terapeuta: do objetivismo ao construtivismo. In Franklin Ferreira, R. , De Abreu, C. N. (Org.) **Psicoterapia e Construtivismo, considerações teóricas e práticas**; Porto Alegre; Artmed; 1998, p.p. 203-216
66. Guidano V.F. : La storia del paziente secondo Vittorio F. Guidano. In Veglia,F. **Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva**. Bollati Boringhieri, Torino, 1999

67. Guidano V.F. : Orientamenti razionalisti e non razionalisti nella psicoterapia cognitiva. In **Vittorio Guidano e l'origine del cognitivismo sistemico processuale** (Trascriz. Seminario tenuto all'Università di Ancona il 21-4-1989) in Atti del convegno di Ancona del 19 maggio 2000 a cura di Nardi B., Bandoni M., Colocci R., Pannelli G., Rupoli S. Accademia dei Cognitivi della Marca
68. Arciero, G., Guidano V.F. : Experience, explanation and the quest for coherence. In Neymeyer R.A., Raskin J.D. (Eds) **Construction of disorder**. American Psychological Association. Washington, D.C. 2000
69. Guidano V.F.: Lo sviluppo del Sé . In Bara B. (a cura di) **Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva**. Bollati Boringhieri. Torino. 2005

C. LIBROS

70. Guidano, V.F., Liotti, G.: **Elementi di Psicoterapia comportamentale**. Bulzoni, Roma, 1979.
71. Guidano, V.F., Reda, M.A. (a cura di): **Cognitivismo e Psicoterapia**. F. Angeli, Milano 1981.
72. Guidano, V.F., Liotti, G.: **Cognitive processes and emotional disorders**. Guilford, New York, 1983.
73. Guidano, V.F.: **Complexity of the Self**. Guilford, New York, 1987. (TRADUCCIÓN italiana: "La complessità del Sé", Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
74. Guidano, V.F.: **The self in process**. Guilford, New York, 1991. (TRADUCCIÓN italiana: "Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista", Bollati Boringhieri, Torino 1992). Edizione spagnola, presso Paidós, Barcellona, Buenos Aires, col titolo "El sí mismo en Proceso"
75. Guidano, V.F.: **Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-Racionalista**. A. Ruiz (Ed.). Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago de Chile, 1995
76. Guidano V.F., **El Modelo Cognitivo Posracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica**. (a cura di A. Quiñones) Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001
77. Guidano, V.F. "**La Psicoterapia tra Arte e Scienza. Vittorio Guidano insegna "come si fa" la psicoterapia cognitiva post-razionalista**". (a cura di G. Cutolo) Franco Angeli-Milano, 2008
78. Guidano V.F. "**Le Dimensioni del Sé. Una lezione sugli sviluppi del modello post-razionalista**". (a cura di G. Mannino). Roma: Alpes Italia, 2010

¹ La traduzione italiana de este artículo se encuentra en www.ipra.it

² El original del que se extrae este artículo, editado por G. Cutolo, se halla disponible en italiano en www.cutolo.too.it



Manuel Villegas

PROMETEO EN EL DIVÁN

Psicoterapia
del desarrollo moral

Herder

VILLEGAS, M. (2013).
PROMETEO EN EL DIVÁN.
PSICOTERAPIA DEL DESARROLLO MORAL.
BARCELONA: HERDER.

Sólo dos años después de su anterior libro *El error de Prometeo*, Manuel Villegas nos ofrece este que ahora comentamos con 691 páginas, detalle que en la época de SMS y Twitter, es una osadía. Pero no tiemble el lector, porque si mencionamos este dato es para contar que el autor tiene, además de muchas cosas que decir, un deseo firme de mostrar su manera de trabajar y enseñar cómo aplica el modelo de psicoterapia del desarrollo moral. Para lectores con ganas de conocer a fondo el proceso de cambio del paciente se ofrece además algo nuevo: un Anexo que puede ser consultado a través de una dirección electrónica de libre acceso de la Editorial sin ningún coste añadido. Así pues, en el libro encontramos las características esenciales de los ejemplos clínicos y, para quien quiera profundizar más, el acceso a estos anexos donde se pueden leer los documentos íntegramente.

El título, *Prometeo en el diván*, es doblemente significativo: *el diván* es un homenaje a S. Freud, que inauguró el valor terapéutico de la escucha y la palabra. Y *Prometeo* alude al mito griego. Esa mención al mito en el título de ambos libros no es ningún azar porque son los viejos y bellos mitos, los parientes primitivos de la ciencia, los que permiten integrar los dualismos de la vida: consciente/inconsciente, pasado/presente y lo individual y social del ser humano. Como recordará el lector, cuando Zeus intentó destruir a la humanidad con un gran diluvio, Prometeo sintió compasión e hizo cuando pudo por ayudar a los seres humanos, motivación que se supone acompaña al psicólogo. En realidad, los *Prometeos* de Villegas son dos volúmenes de una misma obra y su estima por los mitos es significativa. Sería interesante preguntarnos qué mitos importan en el mundo de hoy.

La arquitectura de este volumen está organizada en dos partes: la primera, titulada *procedimiento*, atiende a los diversos momentos del proceso y puede ser compartida por terapeutas de distintas orientaciones: la acogida del paciente, su discurso, qué estrategias se utilizan para promover cambios, cómo el paciente construye de su experiencia un nuevo significado y lo integra en su vida actual de una forma más libre y auténtica y el importantísimo capítulo del cierre de la terapia, con cartas reflexivas de personas que han vivido el tratamiento. La segunda parte, titulada *proceso*, analiza el trabajo terapéutico con los diversos sistemas de regulación moral, partiendo del supuesto de que las “psicopatologías” pueden entenderse cómo el resultado de déficits en el proceso evolutivo de formación de sistemas de regulación moral o como efecto de conflictos en la integración estructural de los mismos, y está dedicada al desarrollo de cambios en el paciente hasta llegar a la integración autónoma. En cada uno de sus respectivos capítulos hay abundancia de ejemplos clínicos y una descripción detallada de la evolución del sujeto.

Villegas, como décadas antes el independiente I.D.Suttie (1935) i después Th. Szasz (1961), forma parte del equipo cada vez más numeroso de autores *psy* que no consideran los problemas psicológicos como enfermedades, sino como *sufrimiento* y conflictos que limitan

la libertad. A lo sumo, piensan que se puede hablar de “enfermedades mentales” de manera metafórica. Por tanto, su psicoterapia tiene como objetivo que la persona alcance más autonomía y en vez de “paciente” sea “agente” de sus cambios. Su visión antropológica es que los seres humanos somos seres libres y por tanto responsables. Para él, la evolución psicológica es fruto de un proceso dialéctico entre las tendencias egoístas y altruistas. Son las crisis las que generan nuevas estructuras de regulación *moral* orientadas a ganar más autonomía psíquica.

Si en el libro anterior, el *error de Prometeo* fue no ver que el ser humano necesita una regulación social *interna* de los conflictos emocionales consigo mismo y los demás, en éste Prometeo está *en el diván* para volver a diseñar al ser humano no sólo técnicamente, sino dotándole ahora, de capacidad para desarrollar nuevas estructuras de regulación de sus tendencias egocéntricas a través de la consciencia moral. En el modelo de Villegas el “paciente” tiene un papel absolutamente activo y el terapeuta colabora e interviene para facilitar el proceso de cambio hacia una mayor autenticidad de la existencia, integrando las contradicciones, para alcanzar así más libertad.

Su concepción del bienestar psicológico se acerca a la que describió Jung con el nombre de “proceso de individuación”; también al “carácter productivo” de E.Fromm; o al concepto de “autorrealización” de Maslow y la meta de “funcionar plenamente” de Rogers. Esta amplitud de miras para integrar aportaciones de otros autores y otros modelos se observa en todo el texto de Villegas, como si hiciese suya aquella expresión de Ramón y Cajal: “*Sabemos poco y entre muchos*”, idea que vale la pena de llevar en el equipaje mental de cualquier científico, y más en el campo de la psicología, donde es mejor contar con conocimientos de diverso tipo porque la realidad es interdisciplinaria.

El ordenamiento expositivo tiene lógica ya que la parte del método la considera asumible para cualquier terapeuta con independencia de su opción teórica, mientras que la relativa al objeto o proceso, está directamente vinculada al modelo del *desarrollo moral*. Con abundante material clínico, estrategias, cartas, mitos, películas y cuadros didácticos el autor va exponiendo con claridad el laborioso proceso que requiere la integración autónoma, puesto que para Villegas la palabra “libertad” se encarna y tiene una dimensión psíquica que integra la capacidad de decidir, elegir y actuar que se desarrolla y se articula en relación a las interacciones con el mundo. Nos ayuda a pensar que así como cada ser humano sabe que sus huellas dactilares son únicas, crecer con autenticidad significa ser capaz de expresarse con voz propia y renunciar a ser eco de los demás.

Su estilo terapéutico está lejos de cualquier signo de dogmatismo. Por ejemplo, utiliza dos metáforas para explicar el proceso de cambio en psicoterapia: el caballo de Troya y las trompetas de Jericó, para considerar que *ambos* métodos pueden ser igualmente eficaces, aunque no siempre con las mismas personas, ni con los mismos problemas. Enfatiza el sufrimiento como motor de cambio y aliado inseparable de la psicoterapia, lo contrario del síntoma que sitúa al paciente en una posición pasiva. Su sensibilidad le hace considerar que a mayor atención respetuosa por parte del terapeuta, menor resistencia del paciente.

En definitiva, este nuevo libro que nos regala Manuel Villegas ayudará a reflexionar a cualquier lector interesado en el complejo y sensible camino de acompañar a una persona en su proceso terapéutico.

Recensión: Dra. Blanca Anguera

INDICE GENERAL AÑO 2013

Nº 93 TEMAS DE SEXUALIDAD Y DE PAREJA

LA LIBERTAD A TRAVÉS DEL SER. UN CASO DE ANORGASMIA

Lara Castro Grañén

LAS MONJAS DE AMADEON. ¿UN CASO DE AVERSIÓN SEXUAL?

Diana Battle

FOTOGRAFÍAS DE UN VIAJE HACIA LA LIBERTAD:

UN CASO MASCULINO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL

Marina Jiménez Linares

"NO SOY UN BICHO RARO". UN CASO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

Natalia Mora

CUANDO UNA TERAPIA DE PAREJA ES COSA DE UNO. UN CASO DE INFIDELIDAD

Shaddai Cordero

PAREJAS DE CINE O CINE DE PAREJAS

Manuel Villegas y Pilar Mallor

Nº 94/95/96 LA PSICOTERAPIA ENTRE ARTE Y CIENCIA

LA PSICOTERAPIA ENTRE ARTE Y CIENCIA

V.F. GUIDANO

EL ARTE DE LA PSICOTERAPIA

LA RELACIÓN TERAPEUTICA

ASSESSMENT

LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA

CAMBIO Y "NO CAMBIO": ANALISIS DE DOS CASOS CLINICOS

LAS FASES DE LA TERAPIA

EL REPERTORIO "AGRESIVIDAD"

EL REPERTORIO "AFECTIVIDAD"

LA RECONSTRUCCION DE LA HISTORIA EVOLUTIVA

RECENSIÓN DE LIBROS

Prometeo en el diván

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 Barcelona

Tel.: 933 217 532

e-mail: rdp@revistadepsicoterapia.com

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

C/ Hurtado, 29

08022 Barcelona

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com