

Rodrigo Díaz Olguín
Psicoterapeuta

Cipra
Psicoterapia Constructivista

Un método de intervención narrativo constructivista en clínica de alta complejidad

Deconstrucción, construcción y reconstrucción en el trabajo con problemas de integración narrativa

The methodology described below is organized around the “integration” concept, and for this purpose a method of understanding and intervention is proposed, that draws the specific way in which integration deficits occur for reasons of identity coherence.

It is a constructivist model of evaluation and intervention, where the therapist takes an active role in the instances of deconstruction and construction of perceptions. In a post - rationalist framework (Guidano, 1987, 1990, 1994; Arciero, 2006, 2008), this method of intervention is particularly designed to work with a highly complex clinic that considers topics such as psychotic experience, addictions, and suicidal behavior. Our method proposed three ways to proceed: deconstruction, construction and reconstruction. In the Deconstruction instance, through a phenomenological attitude, the therapist explores the basic perceptions of the psychological problem, those perceptions challenging, exceptional or discrepant regarding the identity. Then the method invites the therapist to an analysis moment, that includes gnoseological criteria, or “construction dimensions” heuristics (Demarcation, Valence, Understanding and Control), its main reference formats (Corporeality, Self-image and Alterity) and the integration sense or integration deficit that explaining the psychological problem.

Towards the end of Deconstruction, the therapist’s aim will be propose a self-knowledge strategy that considers this explanation, including the personal sense of integration and activities that tends to relieve suffering.

I. Introducción

La narrativa es, desde un punto de vista literario, una manera particular de comunicar historias que se caracteriza por ordenar y reordenar experiencias que son significativas para el narrador y para quien lo escucha. Esta forma de ordenar y comunicar experiencias con una intención, y que en el proceso define al narrador y su

auditor, destaca el aspecto de coherencia o sentido que se obtiene en la continua reformulación, llegando a cobrar más importancia la relación que se sustenta entre los eventos significativos, que los elementos en sí mismos. La narrativa representa entonces un proceso único, en su instancia comunicante, de construcción y reconstrucción de significados.

En el proceso de comunicación narrativa se pueden distinguir con claridad cómo lo sustantivo, si es significativo, siempre es referido, hay una lógica de transitividad que es necesaria para construir sentido. Estas referencias pueden ser agrupadas en clases o instancias de referencia, que más adelante se revisarán en términos de su utilidad para el análisis clínico, señalando además cómo se usan conceptualmente para llevar a cabo las metodologías de deconstrucción y reconstrucción en esta aproximación constructivista.

La primera instancia de referencia narrativa, que denominaremos **Corporalidad**, habla de las posibilidades y de las restricciones del cuerpo y su contexto: la narrativa pone en referencia de alguna manera los elementos hacia un sentido de existencia corporeizada y situada, se exige una presencia sin la cual las construcciones del personaje y su alteridad no tendrían un sustento demarcatorio. Además, se exige que esta presencia sea traducida en un punto de vista particular, donde lo subjetivo se vuelve la cualidad básica. El concepto de “ser puesto en contexto” implica para el terapeuta narrativo entender a la situación percibida como una forma de construcción relativa a la percepción de sentido más general y no como un escenario objetivo, implica atender a la construcción de mundo desde una posición narrativa particular.

La segunda instancia de referencia narrativa, que en nuestro enfoque llamaremos **Autoimagen**, alude a la construcción del personaje protagonista en la formulación narrativa. Un personaje protagonista es un agente que al mismo tiempo es un objeto de continuidad confrontado con la discrepancia, el resultado emergente de un contexto histórico y de la construcción de una alteridad intencional y consciente que intenta adquirir ribetes de objetividad. El “yo soy” emergente, construido como distinto a la representación de los otros (alteridad) y del cuerpo - mundo (corporalidad), se va vistiendo de historia, de memorias, constituyéndose como una instancia representacional que permite trazar predicciones y esquematizar intenciones.

La tercera instancia de referencia narrativa corresponde a los otros, lo que en nuestros términos llamaremos **Alteridad**. Esta clase de referencias puede dibujarse como otros personajes con los que el personaje interactúa, definidos, o una alteridad construida de manera amorfa, que incluye muchos cuerpos o una masa sin forma, con intenciones y sentimientos difusos. En el transcurso del relato se va configurando una “Alteridad” específica, de manera explícita e implícita, definiéndose el telón en donde el proceso narrativo se hace sustentable: siempre se narra con un sentido de alteridad, en función de un otro que se construye específico en sus intenciones, grado de comprensión, sentimientos, etc.

Si se toma esta metáfora desde el ámbito literario y se lleva al terreno psicoterapéutico, los procesos de experiencia pueden ser estudiados en su carácter subjetivo, considerando con detención en el análisis clínico la manera en que, en

relación con el problema psicológico, *co - varían sus distintas percepciones constituyentes (constructos) y las instancias a las que son referidas.*

En un primer término, el análisis de las variaciones en los constructos relacionados con el problema psicológico se sustenta en su deconstrucción utilizando criterios de observación, también denominados criterios gnoseológicos. En este enfoque se usan cuatro criterios, seleccionados por su valor heurístico entre otras razones.

En un segundo término, el terapeuta construirá una hipótesis del problema psicológico en tanto instancias de referencia, observando cómo podría responder a un posible problema de integración entre clases.

Al igual que otros modelos de evaluación e intervención constructivista, el terapeuta adopta un rol activo junto al paciente en las instancias de deconstrucción y construcción de percepciones. Aunque instalado dentro del marco llamado post - racionalista (Guidano, 1987, 1990, 1994; Arciero, 2006, 2008), este método de intervención está diseñado de manera más restrictiva y particular, orientado al trabajo con una clínica que considera temáticas como la experiencia psicótica, adicciones, los diagnósticos psiquiátricos de trastorno de personalidad de tipo límite y el comportamiento suicida.

El marco constructivista en psicoterapia

En los enfoques constructivistas se enfatiza la participación de la propia persona en la construcción de sus percepciones, considerando estas actividades como las que finalmente generan un sentido de orden respecto a un entorno de múltiples posibilidades de sentido (Hayek, 1952; Steel, 2002; Edelman y Tononi, 2000; Popper y Eccles, 1977; Shaw y Bransford, 1977).

La deconstrucción, construcción y reconstrucción de las dinámicas discontinuidad - continuidad que veremos más adelante se anclan en oscilaciones significativas de esos procesos de generación de orden. En otras palabras, este enfoque de psicoterapia narrativo constructivista se centra en la forma en que el paciente construye continuidad a partir de percepciones discontinuas, constituyéndose la terapia en una actividad de re-creación, una acción creativa y generativa, muy distinta de una instancia de descubrimiento arqueológico de un imaginario estructural o la habilitación de afrontamiento o correcciones respecto la elaboración de una supuesta realidad objetiva.

Como en otros enfoques de la línea constructivista, en este enfoque existe un particular interés por destacar y estudiar los procesos personales y específicos de construir significado (Guidano, 1994, 1995; Mahoney, 2003). Es desde este marco de autores, en donde podemos identificar nociones como la comprensión del problema psicológico como un problema identitario (Guidano, 1994, 1995) o la de un acercamiento a la fenomenología hermenéutica en psicoterapia (Arciero, 2006, 2008), que desarrollamos una propuesta para el trabajo con temáticas de una clínica de alta complejidad. No obstante estas similitudes, algunas diferencias guardan relación con el tipo de método de exploración - descripción fenomenológica a utilizar (Gallagher, 2006; 2012), la utilización en la evaluación de criterios gnoseológicos específicos (demarcación, valoración, comprensión y control), la teoría de referencia de las percepciones (transitividad) junto con una clasificación de las instancias de referencia

(Corporalidad, Autoimagen y Alteridad), y el papel de la integración entre estas clases de referencia como guía estratégica para la formulación e intervención clínica.

El problema psicológico como un problema identitario

El problema psicológico que lleva a consultar puede ser comprendido como un relativo fracaso o como una dificultad percibida por el paciente para mantener el sentido personal en relación con una experiencia demarcada como un obstáculo o “discrepancia”. Desde esta comprensión identitaria el problema psicológico que construye el paciente involucra en su definición una tensión narrativa, una tensión de sentido (y no un sentimiento o impulso angustioso) que representa uno de los más centrales recursos de movilización en este enfoque. Como planteamos en un trabajo anterior (2016):

Enfatizamos el estudio de los procesos de discontinuidad en la investigación psicoterapéutica, la atención a la percepción de “quiebre” por sobre la continuidad, el “ser puesto en el mundo”, la identidad constante y continua desafiada por lo imprevisible, la ruptura: el foco está puesto en la reconstrucción de aquellos aspectos de la identidad que son arrojados, no configurados, excepcionales, discrepantes y distintos. En términos de los modelos de narrativa constructivista, es en la instancia de juego entre los procesos de continuidad y discontinuidad en donde intenta operar la reconstrucción, apuntando al diseño de intervenciones que favorezcan la modulación en situaciones o momentos experienciales que distan del funcionamiento más típico o del presentado en sesión.

El problema psicológico como un problema de integración

En paralelo con la comprensión identitaria, la demanda psicoterapéutica puede ser comprendida como un problema de integración del conocimiento. Esta comprensión se basa en la hipótesis de que la noción de discrepancia en sí no lograría dar cuenta de las oscilaciones emocionales que involucra el problema psicológico, a menos de que el sistema identitario incluyera niveles respecto a los cuales la demanda psicoterapéutica se ancla de manera no integrada, como si una parte de la experiencia reclamara respecto al dolor proveniente de otra. Una manera muy útil de estudiar estos aspectos es ordenar conceptualmente la experiencia en torno a la referencia consciente. Utilizando la referencia consciente como organizador, podemos realizar algunas distinciones que permiten esbozar claramente el papel que juega el problema psicológico presentado por el paciente en su demanda, los procesos no referidos o tácitos que están incluidos en el problema de integración, y cuáles son los principales desafíos de la psicoterapia en términos de organización e integración del conocimiento (Shaw y Bransford, 1977; Froufe, 1997; Díaz, 2016;).

Un esquema posible, considerando la posibilidad de referencia de las distinciones realizadas por un individuo, sería el siguiente:

Cuarto nivel

Conciencia reflexiva.

Percepción atendida y referida. El observador como observador de sí mismo.

Incluye lenguaje oral, emerge "escritural" - lingüístico. Se hace necesaria la perspectiva del otro, para referir la propia experiencia. Creación de la *alteridad* a través de las relaciones con otros significativos.

Postura de observador objetivo. Postura "en contra" de los otros dos niveles, observándose a sí mismo como objeto de conocimiento. El sí mismo como un otro. Actualización de alteridad.

Conocimiento que es referido.

Tercer nivel

Conciencia pre - reflexiva

Percepción atendida directamente

Pre - lingüístico. Lenguaje oral

Postura de observador subjetivo.

Conocimiento que es accedido y que es utilizado conscientemente pero que no es referido (conciencia pre - reflexiva)

Segundo nivel

Conocimiento tácito

Aspectos básicos del lenguaje oral

Coordinaciones emocionales

Percepción no atendida

Conocimiento que sí es accesible pero que por economía, viabilidad o por necesidades de integración identitaria no es accedido

Primer nivel

Conocimiento no accesible

Aquellas distinciones que son realizadas por el organismo pero que no resultan accesibles a la administración del individuo (p.e. procesos inmunológicos)

El problema psicológico o demanda psicoterapéutica es entonces referido por el desde un cuarto nivel, en donde el observador es objetivo y hace objeto de sí mismo: se queja del dolor subjetivo, pero el ordenamiento implica que se ve a sí mismo como objeto de conocimiento. Está en cierto sentido alienado o separado de la experiencia asociada a su problema psicológico en una extraña paradoja: el sufrimiento es subjetivo, pero la advertencia consciente de la articulación de esa experiencia dolorosa es objetiva, es ajena a él, fue desapropiada. Entonces, el problema psicológico proviene "desde afuera" del propio dominio, el paciente menciona que "viene una crisis de pánico", "no sé qué hacer con esta 'depresión'", etc.

El psicoterapeuta deberá convertirse en alguien suficientemente cercano y confiable como para acceder junto al paciente a los aspectos pre - reflexivos y tácitos que involucran y explican el problema psicológico, ayudar al paciente a reconocer estos aspectos como propios y reapropiarlos, reclamarlos de una manera comprensiva y controlada al sentido subjetivo de sí mismo.

En nuestra experiencia con el trabajo en torno a temáticas como psicosis, adicciones y comportamiento suicida, además del trabajo con personas que han recibido el diagnóstico psiquiátrico de desorden de la personalidad de tipo límite, la noción de problema de integración y una metodología de trabajo coherente, ha resultado de utilidad. Para llevarla a cabo, se proponen primero los conceptos de dimensiones de construcción (criterios gnoseológicos) e instancias de referencia. Esperamos que el lector advierta que la presentación de este programa de investigación será resumida, dado que el presente apunte tiene el propósito de colaborar con el entrenamiento y formación y supervisión clínica más amplio.

Dimensiones de construcción (evaluación gnoseológica)

En la exploración gnoseológica de la construcción del problema psicológico, los constructos pueden ser estudiados en múltiples criterios. Para ofrecer una propuesta concisa se eligieron cuatro criterios gnoseológicos bastante asequibles que serán considerados de una forma dimensional: demarcación, valoración, comprensión y control. La elección de estas dimensiones se basa principalmente en el foco para el que está orientado este modelo psicoterapéutico, una clínica de alta complejidad que considera temáticas de psicosis, adicciones, diagnóstico de trastorno de la personalidad de tipo límite y comportamiento autolesivo o suicida. Las modalidades de trabajo basadas en evidencia, es decir, que han presentado buenos resultados en cada una de estas temáticas clínicas, incluyen en su metodología un énfasis o atención en alguna de estas dimensiones de construcción.

El análisis de demarcación, valoración, comprensión y control corresponden a una evaluación conjunta con el paciente de su percepción (tanto a un nivel reflexivo como pre - reflexivo y/o tácito), y esto implica considerar la experiencia integrada en sus distintas manifestaciones, más allá de distinciones como “emocionalidad”, “cognición”, “comportamiento”, etc.

a. **Demarcación**

Consiste en una dimensión de límite al momento de construir percepciones. Las actividades de demarcación relacionadas con el problema psicológico serán observadas siempre fluctuantes entre sesiones, y se pueden evaluar en contraste con niveles pre - reflexivos o tácitos para establecer un carácter dimensional: por un lado observaremos una *demarcación restrictiva*, en donde aspectos pre - reflexivos o tácitos quedan “fuera” de lo referido reflexivamente, y por otro lado una *demarcación agregativa*, en donde el terapeuta y el paciente pueden observar en relación con el problema psicológico, que se agregan constructos, el problema psicológico se vuelve productivo. De acuerdo a esto, en la observación de los cambios del problema psicológico tenemos dos polos en una línea gradual (Díaz, 2016):

- Demarcación sub - inclusiva: el terapeuta y el paciente observan cambios graduales, en relación al problema psicológico, que corresponden a una restricción del repertorio usual de acciones de

percepción, dejando al resto de las acciones no vistas o vistas tangencialmente desde afuera, rozando el campo de referencia, etc.

- Demarcación sobre - inclusiva: incorpora o genera mayores constructos que los que usualmente ocurren en las acciones de percepción, lo que implica una serie de procesos agregativos en los que participa la imaginación, el “recuerdo”, creaciones mentales de escenas particulares, “tiros de cámara” inusuales, comportamientos físicos inusuales y no referidos, etc.

b. **Valoración (aproximación – distanciamiento)**

La dimensión gnoseológica que denominamos Valoración se define en tanto aproximación o distanciamiento de las percepciones. Las acciones que engloba este criterio gnoseológico guardan relación con lo aceptado o rechazado, lo que es admitido o evitado en la construcción de percepción. Este aspecto de la construcción, junto con la dimensión de activación, permiten entender la cualidad emocional o valorativa de la experiencia humana (Barrett, 2006). Cuando se analiza en la referencia consciente, el criterio de Valoración es el que se estudia para registrar qué es lo que se acerca o aleja de la “pantalla fenomenológica”. No obstante, la valoración entendida como aproximación - rechazo implica comportamientos mucho más complejos que la “declaración” en el discurso de un estado emocional (Russell, 1989; Barrett, 1998; Barrett, 2006), lo que orienta en este enfoque al terapeuta y al paciente a evaluar qué es lo valorado o rechazado en términos de experiencia tácita, qué gradualidades ocurren en esta dimensión, cómo la aproximación o distanciamiento en la construcción guarda relación con la integración entre las instancias de referencia y cómo sirven para el mantenimiento identitario del sentido personal.

c. **Comprensión**

Este criterio gnoseológico consiste en el aspecto interpretativo de la percepción, no remitiendo solamente a la referencia consciente o discursiva (Cely, 2014), sino involucrando aspectos pre - reflexivos y tácitos: la manera de moverse, de sentirse en relación a la alteridad, etc., implican ya formatos de conocimiento organizado. En otras palabras, el criterio de Comprensión o reconocimiento, se define como la manera en que las distinciones, reflexivas o tácitas, son incluidas, organizadas y articuladas con percepciones ya apropiadas. Tanto la comprensión en acciones de percepción orientada a las relaciones con "objetos", como la construcción de la intención propia y de otros, son basadas en niveles primarios de experiencia, para finalmente poder sustentar a un nivel reflexivo una percepción articulada de las acciones de sí mismo y de otros (Meltzoff, 1995; Smith, 2005; Barresi y Moore, 1996; Barresi, Moore y Martin, 2013; Musholt, 2012). De esta manera, el criterio gnoseológico de comprensión involucra la organización referencial de conocimiento, hacia ordenamientos ya establecidos (Lakoff y Johnson, 1999).

d. Control

Esta dimensión en la construcción de percepciones alude a la actuación efectiva respecto a la propia percepción, un sentido de dirección, predicción y - por sobre todo - manipulación de las propias percepciones. Al igual que las anteriores dimensiones gnoseológicas, es un tipo de acción que primordialmente implica un actuar en el mundo, un resultado en las operaciones que realizamos en nuestro mundo de percepciones. La investigación deberá evaluar, a través de reformulaciones internas progresivas, qué criterios de control perceptivo son los que se esperan alcanzar, si existen posibles problemas de feedback en las funciones de control, o si existen conflictos entre sistemas de control de percepción (Skinner, 1996; Pacherie, 2007; Kircher y David, 2003).

Instancias de referencia

La mayoría de nuestras acciones de percepción son tácitas o implican un actuar pre-reflexivo, actuamos “subjetivamente”, apropiados en el tiempo presente de nuestra experiencia sin utilizar mayor introspección (Shaw y Bransford, 1977; Froufe, 1997; Wilson y Foglia, 2016). Sin embargo, y estrechamente ligado al desenvolvimiento interpersonal, al mismo tiempo se adquiere un matiz reflexivo, “objetivo”, en donde el mismo conocedor puede observar y articular su propia experiencia en referencia a otros aspectos o distinciones de su ser.

En el contexto de un marco constructivista consideraremos tres clases de referencia cuyo estudio en términos de integración puede ser muy relevante para una psicoterapia de alta complejidad: el terapeuta puede notar que la referencia a una clase está ligada de una manera particular a otras clases de referencia

(a) Autoimagen

Este tipo de referencia estará a la base del sentido de continuidad identitario, con demarcaciones retrospectivas y prospectivas (Moore y Barresi, 2013). Las variaciones constantes de demarcación, control, valoración y comprensión permiten construir representaciones únicas respecto a “lo que soy - lo que no soy”.

Una demarcación sobre - inclusiva en la clase Autoimagen implica realizar distinciones de la representación consciente de sí mismo aumentadas y “productivas” por sobre lo usual, construyendo una imagen en extremo elaborada y creativa, puesta en escenarios futuros o pasados, con cambios en el timing narrativo, etc. En el otro polo de la dimensión, una demarcación sub - inclusiva incluye un sentido de auto representación disminuido, en el que la presencia subjetiva aparece sometida, anulada, respecto a las construcciones referidas a otras clases de referencia.

En la dimensión de valoración (aproximación - rechazo), una valoración positiva apunta a la construcción de una representación de sí mismo anclada a

rasgos o predicciones estables del propio comportamiento, la persona acerca a sí mismo roles, comportamientos, etc., mientras una valoración negativa o de distanciamiento puede incluir tendencias a la diferenciación respecto a otros, la evitación en términos de Autoimagen de aspectos de la Corporalidad, o la omisión de elementos mnémicos importantes.

Otro heurístico que proponemos utilice el terapeuta al momento de analizar es la dimensión de comprensión, en cuyo polo interpretativo las construcciones de Autoimagen incluyen aspectos enactivos (físicos, motrices) y simbólicos configurados con un sentido de intención. Las representaciones hacen coherencia con otros elementos, es posible ver las escenas ancladas en sistemas de comprensión más amplios, respetando un sentido temático, etc. Hacia el otro polo de posibles cambios del problema psicológico, cambios que podrían presentar un aumento de “visión caótica” o dificultades de comprensión, las construcciones referidas a la clase Autoimagen aparecen sin un sentido de propósito, una visión de sí mismo como “loco” o “enfermo”, dificultad para hacer coherentes propósitos o distinguirlos del comportamiento de otros, etc.

Por último, una construcción del paciente en la clase Autoimagen que presente un sentido de control alto, implica la percepción de que ese “yo soy” controla, manipula, logra modular la experiencia referida, con parámetros que le permiten sentir que los resultados se pueden predecir. Un sentido de falta de control implica que el “yo soy”, la clase Autoimagen, está siendo construida sobre fundamentos frágiles, cuyos elementos una vez referidos, pueden ser fácilmente desarmados, cambiados, fuera la percepción de agencia.

(b) Corporalidad

Las construcciones referidas a la clase Corporalidad pueden ser tan diversas como activaciones físicas, conductas no verbales, aspectos específicos de la experiencia emocional intensa, etc. Dada la relación entre Corporalidad y la mayoría de las configuraciones psicopatológicas, para un terapeuta puede ser usual observar una referencia externa y contextual del problema psicológico, desapropiada o alienada en nuestras palabras, como si las percepciones que lo constituyen hablaran de un mundo distinto al dominio de experiencia del propio paciente (Asay y cols. 2016).

Al observar las variaciones de los constructos asociados al problema psicológico, el terapeuta y el paciente pueden notar que en una demarcación con tendencia a la sub – inclusión, las percepciones referidas a la clase Corporalidad aparecen fuera de dominio, o simplemente no se refieren¹. La referencia aparece restringida, inhibida, mostrando a los observadores un punto de vista de las activaciones como si éstas fueran amenazantes, tanto para el resguardo de la integridad de las construcciones de clase Autoimagen como las de Alteridad. En el polo de demarcación sobre - inclusiva, la percepción incluye una gran cantidad de elementos, son construcciones

¹ Bodily Dis-appearance, en palabras de Drew Leder (Leder, 1990; Zeiler, 2010)

agregativas, desde cambios físicos, la manipulación de los límites y formas del cuerpo, hasta construcciones de enfermedades y condiciones invalidantes.

En nuestro enfoque, en una dimensión de valoración “positiva” o de aproximación, las construcciones consideran experiencias de acercamiento con otras personas o lugares. Más allá de la lógica placer – displacer, el acercamiento implica una posición particular que es repetida, que se busca; por ejemplo, un paciente establecía “sentir dolor, frío y hambre me hace sentir más humano, más profundo, como un ser superficial”, integrando percepciones de valoración positiva con aspectos específicos de Autoimagen, y una valoración negativa de Alteridad en esos momentos. Siguiendo con este criterio dimensional de análisis gnoseológico, una valoración “negativa” o de distanciamiento en la referencia a Corporalidad implica que las percepciones son alejadas, que los aspectos referidos deberían ser evitados o “sacados” del propio dominio, son construidas en una representación de distancia interpersonal (desaprobación en Alteridad) o rechazo subjetivo desde la Autoimagen.

En la dimensión de análisis gnoseológico “comprensión - visión caótica”, un sentido interpretativo implica que, desde una base motriz, situada y enactiva, las referencias de clase Corporalidad emergen con un sentido de familiaridad, son predecibles, vistas como naturales. En un sentido caótico de ordenamiento, las percepciones referidas a Corporalidad aparecen confusas, sorprendentes, desordenadas e impredecibles. Tanto las conductas, la experiencia emocional y los pensamientos, aparecen agolpados y percibidos como “entrando desde afuera” de los marcos de referencia reflexiva y pre - reflexiva.

Por último, las construcciones que logren un sentido de control consideran la manipulación efectiva (desde el punto de vista de la persona, una manipulación efectiva en términos subjetivos) de las percepciones, de tal manera que las conductas, experiencia emocional o productos mentales referidos a la clase Corporalidad conllevan un sentido de ser regulables por el propio paciente. Por otro lado, las construcciones que logren un sentido caótico implican percepciones que aumentan o dispersan los resultados esperados referidos a la clase Corporalidad².

(c) Alteridad

Esta clase de referencia está asociada a la confrontación básica del sujeto en relación con otras personas, al desarrollo del ser en la interpersonalidad. La clase de referencia Alteridad considera desde formas motrices de percepción, enactivas, en donde el otro aparece en percepciones físicas simples (rostro, tamaño, formas, aromas, etc.) hasta percepciones simbólicas y abstractas, pero que conllevan impresiones y sentimientos vívidos y presentes.

² Se puede recalcar la noción de que la construcción de percepciones con un sentido de “pérdida de control” o falta de un sentido de agencia no es patognomónica o indeseable.

La demarcación sobre - inclusiva en la clase de referencia Alteridad podría incluir una construcción agregativa de testigos sociales, audiencias, la mente del otro sobrepasada en sus límites y “vista” por el paciente en sus pensamientos privados, etc. Hacia el otro polo del criterio de análisis gnoseológico, la observación de cambios en la experiencia denominada problema psicológico, una demarcación sub - inclusiva corresponde con una experiencia de ausencia o aislamiento subjetivo, en donde no hay interrupción o confrontación, o una simplificación extrema del otro, en donde las acciones del otro se reducen a lo más básico posible.

En una dimensión de aproximación - rechazo, las percepciones referidas a la clase Alteridad pueden ser evaluadas en términos aproximación, tanto placentera (simpatía, deseos de estar con alguien en particular, remembranzas de historias con personas, la percepción de sentirse acompañado, etc.) o displacentera (ocupar tiempo pensando en alguien con molestia, percibir que las personas enjuician o sobre - atienden, percibir la amenaza de los cercanos, etc.) El problema psicológico también puede mostrar en sus cambios y variaciones una tendencia al polo opuesto: evitación o distanciamiento en los constructos. La persona podría actuar como si “estuviera solo” o se experimentara solo, con dificultades para construir la experiencia de otro, con sentimientos de temor, tristeza o desinhibición respecto una soledad subjetiva, etc. Se puede recordar al lector en este punto que el énfasis de la evaluación de este criterio gnoseológico está en la dimensión cercanía - distanciamiento, más que en lo placentero o displacentero que la experiencia nominal sugiere; por ejemplo, una persona que está constantemente pendiente del ruido que emite el vecino puede plantear en el discurso que experimenta “rechazo” por él, pero en términos de esta criterio gnoseológico, el vecino se vuelve una alteridad presente, constante, que puede incluso permitir articular mejor la experiencia de aislamiento físico, de estar solo en casa, etc.

Un sentido comprensivo en las referencias de clase Alteridad implica construir percepciones que involucren la intención del otro, que aparece con propósitos claros, con un funcionamiento distinto del yo que puede ser analizado, explicado, aunque su comprensión comienza con la percepción de un reconocimiento enactivo, en donde es posible hacer metáfora del comportamiento del otro (Lakoff y Johnson, 1999). En el otro polo de la dimensión de evaluación, un sentido confuso o “caótico” en la clase de referencia de Alteridad, contiene percepciones de ignorancia, visiones de desorden mental, o una sobre simplificación de las intenciones de los otros.

Por último, al utilizar el heurístico dimensional de control, el terapeuta puede evaluar el sentido de control o de pérdida de control con las que el paciente construye las percepciones referidas a Alteridad. En el primer caso, las percepciones incluyen la experiencia de poder lograr cambios en el sentido subjetivo de Alteridad (más allá de los cambios objetivos, por ejemplo, la experiencia de que el marido “no me quiere” puede mantenerse constante y no controlable, no obstante, él haga los cambios concretos que ella le ha solicitado). En el otro extremo de la dimensión de evaluación, un sentido de “pérdida de control” probablemente incluye la percepción de que posibles

cambios esperados en la experiencia de Alteridad no se logran, son lentos o contraproducentes, considerando los criterios de control subjetivos.

II. Método de intervención

A continuación, describiremos brevemente el método de intervención en el que se enmarca esta propuesta, con el objetivo de ejemplificar el sentido que adquiere la deconstrucción en un diseño psicoterapéutico estratégico que considere la integración entre instancias de referencia.

Preparación del escenario terapéutico

Desde este marco de trabajo, la primera tarea del terapeuta será desplegar una comprensión del problema psicológico como un problema identitario. Esto significa que en los primeros encuentros el terapeuta debe identificar el estilo personal de continuidad del paciente junto con los principales nodos de discrepancia identitaria u “obstáculos”.

Para llevar a cabo este propósito, se hace necesario revisar y organizar el escenario de investigación e intervención. En primer lugar, es importante recordar que todos los aspectos del encuentro pueden ser referidos por el terapeuta al dominio del propio funcionamiento y de su paciente. El escenario o setting entonces cobra aquí un sentido “mental - fenomenológico” de inmediato, y dado que el terapeuta se intentará acoplar a las construcciones del paciente y sus particulares formas de integración, deberá prontamente evaluar el estilo de transacciones que adopta la relación terapéutica. Este estilo es el resultado del acoplamiento de las construcciones de autoimagen, alteridad y corporalidad entre el paciente y el terapeuta, un acoplamiento pre - reflexivo y tácito, por tanto, en los primeros instantes de la terapia se deben observar los intercambios a esos niveles.

En estos pasos iniciales, el terapeuta diseña la deconstrucción a llevar a cabo junto al paciente. La discrepancia narrativa u obstáculo que representa el problema psicológico es el ordenador estratégico de esta primera instancia. La discrepancia narrativa es aquella experiencia que resulta discordante en relación con los procesos de continuidad de integración de las tres instancias de referencia mencionadas anteriormente. Las características más importantes que permiten al terapeuta reconocer la discrepancia en la historia de desequilibrio son:

- *Alienación.* Esto es una forma de articulación referencial de la propia experiencia con un sentido extra identitario. La propia experiencia es vista “desde afuera”, extraña, sin un sentido de control, valoración definida, como un conjunto de percepciones caóticas. Esto es en parte lo que denominamos “objetivación no referencial”.
- *Constancia.* La experiencia discrepante debe mantenerse de alguna manera constante, mantenida en el tiempo, debe configurarse la percepción de que el objeto que obstaculiza “está ahí” con cierta permanencia. La objetivación es no referencial en términos del propio dominio de funcionamiento, pero la

referencia usualmente es mantenida hacia una dirección, ya sea hacia percepciones concretas y relativamente consensuadas como el ambiente físico (“el problema es mi casa, esa casa, sus recuerdos”), a ciertos tipos de relación interpersonal (“estoy bien en general, excepto en mi relación de pareja”), o aspectos más abstractos como “por culpa de mi timidez no soy capaz de hablar con ella” (que sigue siendo una objetivación no referencial, aunque esa forma de discurso explícito intente disimularlo).

- *Inevitabilidad.* La experiencia discrepante aparece inevitable, ineludible o muy difícil de elaborar, “trabajosa”. Para el terapeuta, la experiencia señalada por el paciente aparece acompañada de intentos fallidos por rodearla o evitarla. Las alucinaciones, el uso de drogas psicoactivas, alteraciones sociales importantes, pueden configurar maneras de intentar evitar la experiencia discrepante.
- *Activación.* La experiencia discrepante aparece asociada a cambios ostensibles en el nivel de activación o funcionamiento del individuo. El terapeuta observará principalmente los cambios en los ámbitos más básicos de funcionamiento, cambios corporales, ritmos, intensidades, cambios en la percepción del tiempo, “cantidad y velocidad” de pensamientos, etc. Si bien técnicamente estas variaciones se constituyen en una de las dimensiones de emocionalidad, es preferible centrarse en estas formas concretas puesto que en una clínica de alta complejidad el cruce entre arousal y direccionalidad (entre activación y valoración) suficiente como para construir percepciones representacionales respecto a la emocionalidad, usualmente no ocurre. Estratégicamente entonces, resulta de utilidad la observación de cambios de activación en términos perceptivos más básicos, pre - reflexivos y tácitos.
- *Discordancia.* Por último, otro criterio de observación que el terapeuta puede utilizar es el grado en que la experiencia discrepante u “obstáculo” parece atentar directamente con algunas reglas de coherencia identitaria. Esto significa que la experiencia limita o enfrenta, en última instancia, la intención de coherencia y de continuidad del sentido de sí mismo.

El escenario terapéutico debe estar preparado para un reconocimiento de la experiencia discrepante y una primera apropiación. La discrepancia identitaria está asociada a cambios en los patrones de conocimiento tácitos y pre - reflexivos, la experiencia no referida es alta y se configura “psicopatológicamente”. En el encuentro con el paciente, la construcción alienada del paciente respecto de su propio problema psicológico, permite comenzar el diseño de la intervención tomando estos patrones de conocimiento no modulados.

Matías ³ asiste a psicoterapia luego de seis meses con intensas crisis de pánico. Él se desempeña como profesor en la carrera de Filosofía, en una universidad cercana. De 38 años de edad, casado hace 6 años con Ximena, de 40 años. Tiene dos hijos, una

³ Tanto el paciente, el terapeuta y el supervisor del terapeuta consintieron y autorizaron la publicación del caso, del que se desprenden los extractos mencionados aquí

de 4 años y una hija de 2. En la recopilación de antecedentes, menciona que su señora “cambió” luego del nacimiento de las niñas, que está más demandante y celosa, pero él lo experimenta como un “ruido innecesario, vivimos cerca de la universidad, me puede ir a ver cuando quiera, no estoy para andar jugando”. De acuerdo a la supervisión clínica del caso (iniciada después de la tercera sesión de Matías), en la primera sesión el terapeuta no percibió mayores dificultades para construir el dispositivo terapéutico, solo menciona a su supervisor que le pareció “fácil de entender” porque “nos parecemos en algunas cosas”

- ¿En qué cosas se parecen con tu paciente?
- *En algunos gustos, autores. De la primera sesión, por ejemplo, tengo una frase que mencionó de Proust, “Mi destino ya no son los lugares, sino una nueva forma de mirar”⁴*
- ¿Eso en la primera sesión?
- Sí
- Ese momento, quiero que lo re-creemos, estás frente a tu paciente, se llama Matías, cuando te dice esta frase de Proust ¿qué forma está tomando tu sentido de Autoimagen?
- *La de ser un terapeuta más “elevado”, no sé cómo explicarlo, la de estar en una psicoterapia más elegante, ¿de ser más intelectual?, tengo la imagen, pero es muy tonta.*
- Revisemos la imagen que construyes en esa primera entrevista con tu paciente
- *Bueno, me imaginé en una consulta, pero no en mi oficina, en una terraza, con sillas de mimbre, recibiendo a un paciente, no a Matías, porque el paciente se desdibuja en la escena. Me imagino como si yo fuera Irvin Yalom, y que los diálogos entre yo y el paciente podrían ser publicados... no, miento. Me imaginé incluso la portada del libro, un libro negro, grueso, con un lápiz blanco y una hoja difuminada...*
- Ok. Quiero que pongas esta imagen en tu mente, y la dejemos un rato en el tintero, ¿te parece?
- Claro

El terapeuta menciona que en la primera sesión intentó indagar sobre la situación discrepante, centrándose en los aspectos que ocurrieron alrededor de la primera crisis de pánico. Matías refiere que después del nacimiento de su segunda hija, su señora se había puesto más demandante, así que gradualmente intentó evitar ir a la casa, con la excusa - cierta de alguna manera - de que tenía cada vez más trabajo en la universidad. Empezó a bajar de peso y a sentirse agobiado, pero sentía que lo podía manejar. Unas tres semanas de la primera crisis de pánico, llegó una nueva secretaria a la Facultad, que Matías describe como muy atractiva, más de diez años más joven que él. Ocurrió que después de un par de semanas, un día viernes, cuando ella lo acompañó en la oficina hasta muy tarde, tuvieron un encuentro sexual “insinuado, controlado y dirigido por ella”, según el paciente. Luego de una semana de encuentros casuales en el lugar de trabajo, un día domingo, mientras estaba en su casa, Ximena le dice a Matías que lo llaman por teléfono, “una niña”. Él responde la llamada: era la secretaria que lo llamaba para que se juntaran ese día domingo por la tarde, a lo que él contesta negativamente, algo molesto, pero muy incómodo pues no quería hacer notar la situación a su señora o familia. Luego cuelga el teléfono, no va al comedor, sino que sale al patio, enciende un cigarro y comienza a regar el césped. Es todo lo que recuerda, puesto que después dice que su señora lo encontró tirado en pasto temblando como si tuviera mucho frío o se hubiera desmayado, llevándolo a una clínica cercana en donde lo hospitalizaron.

⁴ Posiblemente el paciente, terapeuta y supervisor clínico hacen alusión al libro “En busca del tiempo perdido: del lado de Swann”, de Marcel Proust

Primera apropiación

La primera solicitud que se hará al paciente antes de las instancias de deconstrucción será una primera apropiación, un reconocimiento del obstáculo - discrepancia como una manera de experimentar que guarda relación íntima con el propio dominio experiencial.

El objetivo es que el paciente experimente el problema psicológico como parte de su dominio de funcionamiento. Para esto, en conjunto con el terapeuta debe establecer una relación referencial entre la experiencia problemática y otros aspectos de su identidad más general. Esta relación no es solamente discursiva, el terapeuta debe atender a su construcción perceptiva en distintas dimensiones: control, valoración, comprensión y demarcación.

El paso de una construcción alienada a una subjetivación referencial, pronto se constituye en una dinámica constante en psicoterapia: el paciente lo adoptará como un aspecto del rol que le toca actuar en la relación terapéutica. Esto es relevante en una clínica de alta complejidad que considere a pacientes que puedan intentar demarcar de manera inclusiva al terapeuta, con intenciones de control de su comportamiento, alteraciones en términos de comprensión del terapeuta o con oscilaciones intensas de valoración respecto a él. Frente a esto, el terapeuta podría intentar hacer una objetivación no referencial de la experiencia que tiene junto al paciente⁵, pero en nuestro enfoque esto atenta contra el objetivo de la metodología psicoterapéutica, debido a que aleja los puntos de vista, apartándose de la subjetivación referencial. Conviene utilizar el comportamiento del paciente para hacer referencia a su dominio experiencial, especialmente si ese comportamiento guarda relación con el problema psicológico.

Es necesario un escenario en donde ese paso de lo objetivo a lo subjetivo sea cómodo y fácil para ambos, en donde en cualquier momento el terapeuta pueda solicitar y el paciente acceder a un cambio en el punto de vista. En nuestra experiencia clínica con psicoterapia de alta complejidad, usualmente los problemas a este nivel no ocurren por importantes dificultades de integración, sino por falta de preparación y cuidado del escenario terapéutico.

El supervisor del terapeuta indaga sobre las primeras acciones que realizó en la psicoterapia.

- *Lo primero que le di como tarea, fue pedirle que por un par de horas le hiciera caso en todo a Ximena, y observara si se experimentaba incómodo o si la incomodidad aumentaba*
- *Esa tarea es una actividad bastante precisa, ¿cuál fue el propósito?*
- *Según mi visión, el paciente estaba externalizando demasiado su experiencia, quería realizar una primera actividad constructiva para que comenzáramos a apropiar...*
- *Espera. Eso lo entiendo, pero ¿cuál es tu hipótesis en ese momento?*

⁵ En este caso, una objetivación no referencial de algunos impasses podría llevar al terapeuta a aludir a los "roles" de terapeuta - paciente, al ambiente físico o a los acuerdos sobre dinero u horarios, etc

- *Que Matías no estaba equilibrando el sentido de control y libertad en sus acciones, que quizá no estaba notando que sus acciones lo estaban haciendo sentir ahogado, y que en su búsqueda de libertad se sintió amenazado por la pérdida de control y posible desprotección de su señora.*
- *A mí no me gusta tanto esa hipótesis, la encuentro simple y algo mecánica, quizá muchas cosas puedan ser interpretadas con esa hipótesis, ¿no?. Pero es una primera hipótesis de trabajo. Mi pregunta es, ¿la consideraste una hipótesis o percibiste que “habías resuelto el caso”?*
- *Percibí que había “resuelto el caso” rápidamente, y que el trabajo terapéutico iba a ser mostrarle lo que yo ya había visto. Creo que me apresuré.*
- *Apresurarse no es malo, obviamente. Pero configurar una hipótesis tan sencilla es lo que me llamó la atención. ¿Qué ocurrió la segunda sesión?*
- *Ahí fue cuando consideré traer el caso a supervisión. Porque no pasó nada, absolutamente nada. En la segunda y tercera no ha ocurrido ningún cambio, ni de apropiación, nada.*
- *Veamos. Todo lo que vamos a hacer es retroceder un par de pasos. En lo personal, me llamó la atención que en la primera sesión tuvieran un momento de relajo, hablando de Proust. ¿A qué se referían con esa frase? ¿por qué aparece esa frase?*
- *Ah, cuando él sale al jardín, menciona que antes el jardín era un lugar de relajo, pero que en ese momento había salido a regar y se sentía horrible, que lo veía con otros ojos, luego de la llamada telefónica...*
- *Ya. Te sacó de ese lugar con Proust, eso fue elegante. Volvamos ahí. Te sugiero que invites a tu paciente al mismo lugar. Pídele que lleve una silla cómoda, lápiz y papel, y que intente recordar lo que ocurría en su mente en ese lugar antes de la crisis, y que también registre cualquier cosa que venga a su mente o que experimente que le llame la atención. No quiero que te salgas en esa actividad, no quiero que busques patrones, intenta ir a ahí, con él, cuando te relate el ejercicio, intenta actualizarlo, ¿te parece?*

En la siguiente entrevista de supervisión, el terapeuta llega con novedades. El paciente le comentó que el ejercicio le mostró algunas cosas, que quería conversar en sesión, por lo que trajo en una libreta una serie de preguntas que le surgieron después de la experiencia. El terapeuta hábilmente no las respondió, sino que le pidió al paciente re - crear junto con él la experiencia del ejercicio, pero esta vez en sesión, explorando deconstructivamente, con interesantes resultados.

Deconstrucción

El proceso de deconstrucción implica coordinar una observación conjunta con el paciente, de tal manera que se puedan observar aspectos pre - reflexivos y tácitos de la experiencia asociada a la problemática psicoterapéutica.

a. Objetivación.

No obstante, la primera petición de subjetivación, ahora es necesario (una vez reconocido como propio) volver a tomar una perspectiva de observador de la propia experiencia. La intención es acceder a un punto de vista no referencial sobre la experiencia - obstáculo, acceder a una observación mutua fuera de la tematización que representa el problema psicológico y su discrepancia identitaria.

Lo particular de esta instancia será promover una observación que intente poner “entre paréntesis” las principales reglas identitarias. Y precisamente, las principales reglas identitarias surgen de parte del paciente al intentar poner la experiencia en una ipse arrojada, una observación no identitaria: “claro, sentí rabia y molestia, pero yo no podría pararme y decirle a mi jefe lo que siento...”.

En este momento es necesario que el terapeuta adopte una postura fenomenológica clara, reconociendo sus propias reglas de construcción para poder distinguirlas de las referencias que el paciente pueda establecer.

En este contexto, la preparación del escenario permite a ambos, tanto paciente como terapeuta, adoptar una actitud orientada a la deconstrucción: abrirse a lo novedoso e intentar que aparezca en la conciencia mutua.

b. Deconstrucción.

El objetivo es generar una visión en conjunto de la experiencia asociada al problema psicológico, en sus niveles pre - reflexivos y tácitos. En otras palabras, el desafío es reconocer el aspecto Ipse, arrojado y discontinuo, de la experiencia planteada como problemática, fuera de la misma tematización que engloba el problema psicológico. Se puede suponer entonces, que para llevar a cabo esta operación de observación el terapeuta ya es lo suficientemente significativo para el otro como para que una percepción de nivel tácito pueda ser llevada al nivel referencial.

La exploración deconstructiva intenta explorar la experiencia de sí mismo relacionada con el problema psicológico, como si fuese un evento irrepetible, único. Es importante considerar que estas percepciones, que pueden ser consideradas un “quiebre” o desafío a los estilos de referencia que son estables, continuos e identitarios (mismidad), serán exploradas fuera de los criterios canónicos de demarcación, valoración, control y comprensión, por lo tanto, pueden implicar para el terapeuta formas novedosas de experiencia. Por ejemplo, un paciente que se experimente con una percepción de “audiencia” o “público espectador” mientras está solo en su casa: la deconstrucción en este caso podría incluir delinear tanto la experiencia de ser observado, como las características percibidas de la audiencia, la relación corporal con la audiencia, las referencias específicas a la autoimagen, etc. La deconstrucción

es, en este sentido, la vía para un constructivismo fenomenológico puro, un intento de acceso a la experiencia tal y como es vivida en ese momento para el paciente, por sobre lo canónico del “estar solo en una casa”.

c. Análisis.

En esta instancia, el terapeuta realiza tres procesos de evaluación:

1. Evaluación de las percepciones en sus respectivas dimensiones de construcción: demarcación, control, comprensión y valoración.

La dimensión de demarcación, en conjunto con las otras dimensiones, debe ser evaluada para comprender la integración entre clases de referencia. Alude a la definición experiencial del ámbito o dominio de la experiencia referida, la delimitación respecto a otras experiencias. Será necesario evaluar la organización de las percepciones, la calidad en el reconocimiento, la distinción entre segmentos de experiencia y la estabilidad de los límites de demarcación.

La dimensión de control debe ser evaluada en función de la construcción de expectativas (calidad de la anticipación), formas de manipulación para el logro de la percepción esperada y posibles problemas de feedback.

La dimensión de comprensión, que también puede ser evaluada en las percepciones pre - reflexivas, alude a la formulación predictiva y operativa de la experiencia. No es una reflexión post - experiencia, únicamente, sino puede ser comprendida como una forma de proceder en el mundo. El proceder comprensivo incluye niveles tácitos y pre - reflexivos de actuar.

La evaluación de la dimensión de valoración debe incluir formas pre - reflexivas y tácitas de aproximación - distanciamiento. Es probable que la historia de desequilibrio relacionada con la experiencia discrepante incluya una oscilación importante en términos de la dimensión valoración. Evidentemente la evaluación de este aspecto perceptivo apunta a los niveles pre - reflexivos y tácitos de la experiencia, por lo tanto, las observaciones en la deconstrucción pueden ser distantes respecto al discurso explícito o el canon identitario temático: el paciente puede mostrar una dimensión de valoración en su construcción matizada por el rechazo en materias que su autoimagen reflexiva y temática son construidas como valoradas.

2. Evaluación de las experiencias discrepantes en términos de las instancias de referencia (corporalidad, autoimagen y alteridad). Una de las actividades más desafiantes del terapeuta en este modelo es la evaluación de experiencia tácita no referencial, para organizarla luego respecto al sentido de integración identitaria. La experiencia discrepante permite construir un heurístico personal, único para cada paciente, que permite evaluar esta experiencia única en términos de las

clases de referencia, y dibujar - fuera del canon identitario - las clases de referencia a niveles pre - reflexivo y tácito. Esta evaluación es una construcción del terapeuta, que permitirá luego referir la observación de manera consciente⁶.

3. Evaluación del sentido de integración y de articulación que disponen estas percepciones al configurar el problema psicológico. Sin esta etapa, que permite establecer hipótesis de trabajo orientadas hacia la integración identitaria, las acciones terapéuticas no lograrían perseguir un sentido estratégico. El desafío del terapeuta será proponer una estrategia de autoconocimiento que considere el sentido personal, y que al mismo tiempo tienda a aliviar el sufrimiento.

De acuerdo al relato del terapeuta, Matías siguió su indicación y una tarde de domingo esperó que Ximena saliera con sus hijas y llevó una silla cómoda al jardín, para intentar recordar la experiencia previa a la primera crisis de pánico. No obstante trató de concentrarse en esa escena, lo que imaginó fue a sus dos hijas, jugando en el pasto con palitas metálicas, mientras él les enseñaba a plantar algunas flores. En ese instante se puso a llorar, relata, sintió temor que sus vecinos lo escucharan así que entró a la casa, fue al baño para mojarse la cara y calmarse, pero no logró abrir la llave porque su mano empezó a temblar, se sentó el piso del baño y se puso a llorar de nuevo. Cuando Ximena volvió lo encontró muy triste sentado en el borde de la cama, y le dijo “Algo me pasa Ximena, perdóname, no tiene que ver contigo, dame tiempo para arreglarme”.

En sesión relata: “Fue exactamente como la primera vez, la sensación. Creo que tocamos el nervio dañado”. El paciente había logrado cierto reconocimiento de la experiencia sintomática como perteneciente a su propio dominio de funcionamiento. En esa sesión el terapeuta siguió la sugerencia de su supervisor y se dedicó a utilizar la experiencia para deconstruir.

- *A ver Matías, quiero que armes en tu mente ese momento en que sales a regar, en donde tienes la manguera en tu mano. Partamos ahí, ¿te parece?. Quédate ahí un momento*
- Ah... lo primero que me pasa es que me voy a recuerdos, imágenes más viejas, cuando mi papá me decía que la mejor forma de tomar agua era de la manguera, agua corriendo, que tenía más oxígeno, que estaba más helada, yo era chico
- *¿Regabas con tu papá?*
- Mi papá era alcohólico, no te había contado. Usualmente llegaba del trabajo, regábamos el jardín, y después él salía, como al atardecer, con sus amigos a un bar cercano. Era el mejor momento con él
- *No me contaste por...*
- Vergüenza
- *¿Tu señora lo sabe?*

⁶ Para revisar formatos de integración entre instancias de referencia, ver el trabajo anterior *Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre clases de referencia*, Díaz 2016.

- No, nadie. Ni mis amigos.
- *Ok, rearmemos la situación de estar en el jardín luego de que la secretaria te llamó. Mira, no quiero que cuentes hechos objetivos, sino que estoy interesado por lo que ocurre en tu mente, quiero saber cómo viviste ese ese momento en particular. Si traemos mentalmente esa situación, ¿qué ocurre en ti?*
- Siempre me ha relajado regar el jardín
- *Querías relajarte*
- Sí, pero no podía. Mis manos estaban temblando. Dejé la manguera en el suelo, fui al dormitorio a buscar cigarillos, hace tiempo que no fumaba. Entré por la ventana, una grande y corrediza del dormitorio, al salir al patio escuché las risas de las niñas y mi señora, desde el comedor. Y ahí las empecé a escuchar como en un túnel
- *¿Cómo en un túnel?*
- Como si estuviera yo dentro de un tubo de concreto... un tubo horizontal, estrecho, y ellas estuvieran lejos, cada vez más lejos
- *¿Estás siendo simbólico para expresarte o lo experimentaste así?*
- Lo viví así, el sonido de las risas se sintió como en un tubo, como si se alejaran además.
- *Pone en pausa tu mente un segundo. ¿Qué imágenes hay?*
- Las veo a ellas dos reír, se ven felices. La imagen al final del tubo se mueve, está como proyectada, es una proyección como de cine, en un papel mantequilla, un papel frágil...
- *Tus manos están empezando a temblar, Matías. No quiero que las detengas, no es malo. Quiero que las incluyas, que visualices tus manos en la imagen mental que tienes en este momento*
- Es que no quiero dañarlas, se ven frágiles
- *¿Tus hijas?*
- Sí.

Matías relata al terapeuta que se dio cuenta de que llevaba bastante tiempo mal, sintiéndose muy mal. Plantea que desde el nacimiento de su primera hija, que él cambió su actitud con ella y su señora. Plantea que Ximena lo notó y que probablemente esa es la razón para tantas discusiones. Pero que recién, durante la sesión, logra verlo de manera más clara. Luego de esa sesión, el terapeuta registró con detalle lo ocurrido con su paciente y lo que experimentó el mismo, para llevarlo a supervisión.

Construcción

Al mismo tiempo que se realizan las tareas de deconstrucción, la psicoterapia ha incluido la construcción de innumerables percepciones. El paciente construye un sentido de alteridad, corporalidad y autoimagen desde el comienzo de la relación terapéutica (relación que comienza antes del encuentro ambiental entre ambos participantes), con formulaciones y reformulaciones que cambian constantemente. Esto puede convertirse en una gran cantidad de percepciones, por tanto, y de una manera más restrictiva, llamaremos “construcción” a aquellas percepciones que son guiadas por intención del terapeuta y que guardan un propósito estratégico. Por ejemplo, el terapeuta puede indicar y movilizar recursos para que el paciente logre predecir una experiencia no referencial, una experiencia “sintomática”, con el propósito de que se logre reconocer como propia, como perteneciente al propio dominio de funcionamiento. O puede proponerle al paciente la construcción imaginaria de un escenario para probar el sentido de discrepancia identitaria que posee cierto aspecto de la experiencia problemática. Todas estas son actividades de construcción, y engloban una gama muy amplia y diversa de actividades, que tienen como límite el sentido de pertinencia, la creatividad del terapeuta y el marco ético de desenvolvimiento profesional.

El terapeuta, para colaborar con la primera apropiación y con las actividades de deconstrucción, debe ser hábil para desarrollar una experiencia terapéutica amplia, desafiante y activa. De manera coherente con el enfoque propuesto, las acciones de construcción pueden ser pensadas en términos de las dimensiones de construcción revisadas: actividades que impliquen cambios de demarcación (incorporación, suma, creación o exclusión, “sacar” elementos de la referencia, etc.), actividades orientadas a cambios en la valoración (rechazar, perder, alejar o acercar, amar, aceptar, etc.), actividades que construyan tanto un sentido de agencia y control efectivo sobre las percepciones como la experiencia de “soltar” algunas de ellas, y actividades orientadas a la comprensión o “caotización” de ciertos ámbitos experienciales. Las actividades de construcción representan una muy amplia gama de posibilidades prácticas y estrategias orientadas a la creación de percepciones. Por ejemplo, uso de videos, actuaciones, registros de audio, el uso de dibujos, escritura de guiones, creación de símbolos y ritos, y un largo etcétera que incluye prácticamente cualquier actividad orientada a promover cambios en las relaciones de referencia.

En supervisión clínica, el terapeuta lleva amplios registros de la sesión de deconstrucción.

- ¿Cómo estás con Matías?
- *Se volvió más complejo el caso.*
- En ocasiones, eso ocurre. ¡Pero sonrías!, así somos los terapeutas a veces, entre más trabajo, mejor.
- *Es que me siento dentro del proceso ahora*
- Te entiendo. ¿Quieres conversar del caso?
- Mire. Ahora tengo la impresión de que la discrepancia más importante ocurre asociada al nacimiento de su primera hija. No lo vi en las primeras sesiones, porque no habló directamente de emocionalidad, en un sentido más literal, pero sí mencionó cambios en la rutina y una baja ostensible del peso

corporal. Me sorprende ahora no haberlo visto en su momento, cuando me lo dijo. Después, lo primero que vino a mi mente cuando escuchaba a Matías fue “miedo a ser padre”, pero al mismo tiempo me dije “ah, ahí estoy de nuevo haciendo hipótesis rápidas”, me acordé de usted...

- *Jaja... oye, ¿qué impresión tienes ahora del caso?*
- Él se ha sentido mejor, según lo que me ha dicho, pero tanto él como yo sentimos que hay que reconfigurar todo estos temas de la paternidad, de cómo se alejó cuando nació la más grande, de cómo sentía miedo cada vez que la cargaba en brazos, y de cómo aún no integra el miedo y el sufrimiento que experimentó de niño en relación con su padre, un papá alcohólico que agredió a su madre por años.
- *¿Y qué piensan hacer?*
- Mire, eso es interesante. Antes del nacimiento de su hija, él estuvo estudiando sobre crianza e incluso se entrevistó, pidió una hora, con una psicóloga infantil para resolver algunas dudas
- *Esto lo supiste...*
- Recién en la última sesión. Según mi opinión, intentó resolver la discrepancia “desde afuera”
- *Te entiendo. Tienes la hipótesis de que no logró reconfigurar la experiencia de daño y vulnerabilidad desde el ser niño, sino que adoptó un formato adulto, un “ser papá”*
- Claro, me contó que él creaba imágenes de cómo iba a ser papá desde los 12 años de edad. Eso le servía, a mi juicio, para resolver una discrepancia en Alteridad, hacia una demarcación curiosa en Autoimagen, crearse a sí mismo como un papá de cierta calidad a esa edad.
- *Ah, en nuestra experiencia la temporalidad es una demarcación curiosa, ¿no?. Quizá la frase de Proust que te sacó en un principio, ahora tenga otro sentido*
- Es lo mismo, pero tiene otro sentido.
- *Como una buena metáfora de la terapia, además. Ahora, ese recurso de tu paciente es muy interesante, la inevitabilidad de la discrepancia se hace patente, alejarse con lecturas e intelecto puede ser seductor.*
- *¿Está hablando del paciente o de mí?, jaja*
- *Entonces cuéntame, ¿qué actividades piensan realizar?*
- Voy a partir con un juego de rol que tendrá que realizar con las hijas y su señora. Quiero que experimente su “ser padre” a través del reflejo más directo con las hijas. En algunas estaciones del juego de rol, tendrán que pintarse ellos mismos, contra algunas dificultades fantásticas, pero de manera que los padres puedan ver sus características configuradas a través de la mirada de las niñas.

Reconstrucción y reapropiación

El objetivo de la metodología de trabajo es lo que denominaremos reconstrucción. Es una experiencia subjetiva significativa para el paciente, cuyo objetivo metodológico no es acomodar o acoplar la experiencia disruptiva deconstruida en una identidad canónica, sino promover la integración de la experiencia discrepante. Esta actividad puede suponer el desafío precisamente al sentido de canon más allá de la experiencia discrepante. Al menos, es de esperar que el terapeuta no se vea limitado en su exploración a la identidad canónica que observa al comenzar la terapia con el paciente.

Esto es de importancia para el trabajo terapéutico en una clínica de alta complejidad: la habilidad del terapeuta para “soltar” la presión narrativa del canon. El sentido de unicidad y continuidad, junto con ciertos criterios de demarcación, comprensión, control y valoración, pueden ser considerados recursos y no limitantes, por lo que el terapeuta puede abandonarlos para promover soluciones narrativas más adaptativas en la construcción de sentido.

En otras palabras, la configuración de un “patrón de comportamiento” (p.e. organización de significado personal depresivo, o rasgo de personalidad histriónico, etc.) puede ser revisado estrictamente, si se quiere, como una propiedad del observador y no de lo observado. Este abandono voluntario y consciente de la observación de un canon o estructura a la hora de distinguir procesos, se constituye en este modelo de trabajo en una herramienta extremadamente útil para el terapeuta. En una clínica de alta complejidad se hace necesario que el terapeuta y el paciente logren desafiar en las deconstrucciones y construcciones aspectos básicos de la estructuración percibida, que puede incluir activaciones físicas, percepciones de “patrones” emocionales intensos, “estilos” de temperamento o “rasgos” de personalidad, y un interminable etcétera, con el propósito de trabajar creativamente con problemáticas de alto compromiso, como psicosis, adicciones y comportamiento suicida.

Si bien es un proceso auto - determinado en el paciente, hemos propuesto algunas nociones que permitan dirigir estratégicamente la terapia.

El objetivo final de la metodología - “reconstrucción” - apunta a cambios en la referencia de percepciones entre el cuarto nivel de conocimiento y los niveles pre - reflexivos y reflexivos. Por tanto, es un cambio en el experimentarse cotidianamente, orientado hacia la integración y articulación más flexible de las percepciones. La experiencia se vuelve inmediata, presente, re - apropiada.

En los registros siguientes, el terapeuta menciona que Matías había cesado de experimentar oscilaciones emocionales no moduladas, no se presentaban ni crisis de pánico ni episodios de llanto. El paciente declara, según el registro de sesión “Me siento como alguien herido, que vuelve a su familia”. El terapeuta se centra en esa metafórica frase para explorar la experiencia que quiere graficar su paciente:

- Es que es extraño todo esto. Siento que una parte de mi estuvo dormida por mucho tiempo, me cuesta ver cuánto, quizá desde que era chico. Todo el tema con mi papá, es difícil. O quizá no tanto, pero lo viví muy solo, eso no fue

buena idea. Hasta cuando nació mi hija, pensé que lo había resuelto o que no me afectaba, pero obviamente tenía el medio lío. Ahora lo estoy empezando a ver. Aún me da miedo decepcionarlas, pero me di cuenta estos meses que aunque estuve ausente, ellas me ven de manera más sólida y presente que lo que mi padre me dio. En ese sentido, siento por primera vez que soy más grande, y tengo menos miedo, pero de manera real ahora

- *¿Ha cambiado en términos prácticos la relación con tus hijas?*
- *¿Además de que trabajo lo justo y necesario y paso más tiempo con ellas que nunca?*
- *Jaja, sí...*
- Hay algo curioso para mí, es divertido. En esta tarea de intentar verme a mí como padre, a través de los ojos de ellas, me dijeron que les gustaba jugar conmigo porque yo “era bueno para hablar con ellas”, así que empezaron con esto de servir un té falso en el patio, y preguntarme por mi día y yo por el de ellas. Afortunadamente, Ximena vio mi cara de hambre y ahora lo hacemos con agua mineral y pan y tomates de verdad, jaja
- *Eso suena bien*
- Sí. A veces me da un poco de pena. Veo el césped y me pongo un poco nostálgico, pero entre la Ximena y las chicas tomando té en tazas de plástico no queda mucho tiempo para eso. Me siento muy bien ahora.

Luego de tres sesiones, las entrevistas se programaron más distanciadas, cada 15 días, y siete meses después acordaron suspender la terapia, considerando el estable bienestar del paciente. Durante esos meses de terapia las conversaciones principalmente tuvieron que ver con reflexiones y aprendizajes continuos respecto la integración de la vulnerabilidad experimentada, el temor actual versus la autoimagen construida en la relación de pareja, y la conformación de un sentido de alteridad más amplio en términos de gamas experienciales.

III. Referencias

1. Arciero, G. (2006) Estudio y diálogos sobre la identidad personal: reflexiones sobre la experiencia humana. Buenos Aires. Amorrortu.
2. Arciero, G. (2008) *Tras las huellas del sí mismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
3. Arciero, G. y Bondolfi, G. (2009) *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Oxford: Willey Blackwell.
4. Asai, T., Kanayama, N., Imaizumi, S., Koyama, S. y Kaganoi, S. Development of Embodied Sense of Self Scale (ESSS): Exploring Everyday Experiences Induced by Anomalous Self-Representation. *Front Psychol.* (2016) Jul 5;7:1005.
5. Barresi, J. y Moore, C. (1996). Understanding self and other. *Behavioral and Brain Sciences*, 19, 142-149
6. Barresi, J.; Moore, C. y Martin, R. (2013) *Conceiving of Self and Others as Persons: Evolution and Development*. En J. Martin and M. Bickhard, *The Psychology of Personhood: Philosophical, Historical, Social-Developmental, and Narrative Perspectives* (127-146). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
7. Barrett, L. Valence is a basic building block of emotional life. *Journal of Research in Personality* 40 (2006) 35–55
8. Barrett, L. (1998). Discrete emotions or dimensions. The role of valence focus and arousal focus. *Cognition and Emotion*, 12, 579–599
9. Cely, F. Intersubjetividad: entre explicación y comprensión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. (2014);43(1):52-57
10. Díaz, R. (2016). *Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre clases de referencia*. Recuperado de <http://www.cipra.cl>
11. Edelman, G. y Tononi, G. (2000). *Consciousness. How matter becomes imagination*. London/New York: Allen Lane/Penguin.
12. Froufe, M. (1997). *El inconsciente cognitivo. La cara oculta de la mente*. Madrid: Biblioteca Nueva
13. Gallagher, S. (2012). On the possibility of naturalizing phenomenology. In D. Zahavi. *Oxford Handbook of Contemporary Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
14. Lakoff, G. y Johnson, M (1999). *Philosophy in the Flesh, the embodied mind and its challenge to Western Thought*. Basic Books Press.
15. Leder, D. (1990). *The abtstent body*. Chicago: University of Chicago Press.
16. Gallagher, S., y Brosted Sorensen. J. Experimenting with phenomenology. *Consciousness and Cognition* 15 (2006) 119–134
17. Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. Nueva York: Guilford Press.
18. Guidano, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad. La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia* (Madrid)
19. Guidano, V. (1994). *El si mismo en proceso. Hacia una terapia post-racionalista*. Barcelona: Paidós
20. Guidano, V. F. (1995). A constructivist outline of human knowing processes. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies* (pp. 89-102). New York: Springer
21. Hayek, F. (1952). *The sensory order*. London: Routledge.

22. Kircher, T. y David, A. (2003). *The self in neuroscience and psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
23. Mahoney, M. (2003). *Constructive Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
24. Meltzoff, A. (1995). "Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children". *Developmental Psychology*. 31 (5): 838-850
25. Moore, C. y Barresi, J. (2013) *Imagination and the Self*. En M. Taylor (Ed.), *The Oxford Handbook of the Development of Imagination* (288-302). Oxford: Oxford University Press
26. Musholt, K. (2012) Self-consciousness and intersubjectivity. *Grazer philosophische studien*; 84; 75-101
27. Pacherie, E. (2007) The Sense of Control and the Sense of Agency. *Psyche*. 13, 1
28. Popper, K. y Eccles, J. (1977). *The self and its brain*. London: Springer
29. Ricoeur, P. (1996) *Sí mismo como un otro*. México: Siglo XXI
30. Russell, J. (1989) *Measures of emotion*. En Plutchik, R., y Kellerman, H. (Eds.) *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol. 4, pp. 83 - 111). Toronto: Academic
31. Shaw, R., y Bransford, J. (1977). *Perceiving, acting and knowing. Toward an Ecological Psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum
32. Skinner, E. (1996). A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 71. No. 3. 549-570
33. Smith, L. (2005). "Cognition as a dynamic system: Principles from embodiment". *Developmental Review*. 25 (3-4): 278–298
34. Steele, G.R. Hayek's Sensory Order. *Theory & Psychology - Lancaster University*. Vol. 12(3) 2002.
35. Wilson, R. y Foglia, L. "Embodied Cognition", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.)
36. Zeiler, K. A phenomenological analysis of bodily self-awareness in the experience of pain and pleasure: on dys-appearance and eu-appearance, 2010, *Medicine Health Care and Philosophy*, (13), 4, 333-342

Nota del autor

Rodrigo Díaz Olguín. Psicólogo entrenado en el modelo cognitivo constructivista de Vittorio Guidano. Actualmente trabaja en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Higuera de Talcahuano, Chile, además del ejercicio privado de la psicoterapia y docencia universitaria en psicología clínica. Comentarios acerca de este artículo diríjlos al correo electrónico: ps.rodrigodiazolquin@gmail.com



Editado por Cipra, Círculo de Psicoterapia Post – Racionalista.
Concepción. Chile. Teléfono +56 – 41 – 2466054
<http://www.cipra.cl>