

DE LA REVOLUCION COGNITIVA A LA INTERVENCION SISTEMICA EN TERMINOS DE COMPLEJIDAD: LA RELACION ENTRE TEORIA Y PRACTICA EN LA EVOLUCION DE UN TERAPEUTA COGNITIVO

Vittorio F. Guidano
Centro de Psicoterapia Cognitiva
Roma

In this article Dr. Guidano describes the path he has followed in the practice of psychotherapy from behaviourism to rational cognitivism and from that to systemic cognitivism.

Al trazar el perfil evolutivo de las vicisitudes entre teoría y práctica de un terapeuta cognitivo es quizás útil repasar brevemente los aspectos que, al seguir la carrera psicoterapéutica, lo han orientado fuertemente hacia la selección de un orientación específica que en pocos años desembocaría en el congitivismo contemporáneo.

Durante el curso de la carrera de Medicina mis intereses se habían ido centrando, casi exclusivamente, sobre la biología molecular y sobre la investigación pura, carrera que quizás habría empezado si las transformaciones socioculturales ocurridas en el 68 no hubiesen desviado poderosamente mi atención hacia lo "social". Mirar lo social con la óptica de la investigación pura significaba para mí en aquel momento tratar de estudiar científicamente el funcionamiento de base del individuo, o lo que es lo mismo de las unidades elementales de la cual cada fenómeno social me parecía compuesto inextricablemente.

Sin embargo, en el curso de la especialización en psiquiatría, mientras, por un lado, el enfoque médico-organicista académico me dejaba del todo indiferente, por el otro, el énfasis que ponía en la científicidad y el rigor metodológico me impedía cualquier acercamiento hacia el psicoanálisis haciéndome contrariamente aparecer como una especie de prototipo del método que hay que evitar cuidadosamente en todas sus posibles aplicaciones. Esta toma de posición ha desempeñado sin duda un papel crucial en mi formación dado que, para hacer

frente a las críticas que me llovían encima de la mayor parte de mis colegas, me vi obligado a profundizar tanto en la psicología científica de base como en los aspectos epistemológicos que sirven de fundamento al método científico. Por un lado ello me consintió elaborar una férrea metodología de observación que se apoyaba en la aplicación en psicología y psicopatología de la formulación que el positivismo lógico había asumido de la obra de Wittgenstein y del Círculo de Viena (Wittgenstein, 1964); por otro, me enseñó cada vez más a orientarme hacia los temas epistemológicos y metodológicos de fondo en el intento de dar respuestas plausibles a los problemas con que me encontraba al avanzar en la perspectiva con la que me sentía unido. Sólo algún año después me encontré con un pasaje de Popper que expresaba de modo claro y elegante cuanto mantengo desde entonces cada vez que entreevo que mis pretensiones de científicidad (que quedaron más o menos sin modificar desde entonces) pueden ser leídas como “reduccionistas”, es decir como un modo de negar, en último término la existencia de una vida interior: “Yo no niego la existencia de experiencias subjetivas, de estados mentales, de la inteligencia y de la mente, más bien creo que todas estas cosas son extremadamente importantes. Pero pienso que nuestras teorías sobre estas experiencias subjetivas o sobre estas mentes, deben ser a su vez objetivas como las otras teorías. Y por teoría objetiva entiendo una teoría que sea discutible, que pueda ser expuesta a la crítica racional, a ser posible una teoría que pueda ser controlada: una teoría que no apele exclusivamente a nuestras intuiciones subjetivas” (Popper, 1976).

Quedaba, no obstante, el problema de identificar una dimensión en consonancia con las reglas del método científico por medio de la cual desarrollar una perspectiva sistemática de investigación y de vida profesional. El enfoque de la terapia familiar que justo entonces se iba perfilando cada vez más claramente bajo el impulso de los trabajos del grupo de Palo Alto, si bien pudiendo entrar por método en una dimensión de este género, no coincidía, sin embargo, con mi interés que se centraba sobre el funcionamiento de individual. Del examen de la literatura científico-clínica de aquel entonces sólo la psicología experimental que se presentaba bajo el nombre de aprendizaje social (Bandura, 1969) parecía poder entrar en la dimensión metodológica que iba buscando, tanto más cuanto en sus aplicaciones clínicas, configuradas por el corpus doctrinal de la terapia del comportamiento, ponían a disposición métodos de observación y análisis de datos clínicos y de intervención terapéutica alternativos a los psicoanalíticos o a los tradicionalmente en uso en los ambientes académicos.

En pocas palabras, la adhesión al método científico en el estudio de los mecanismos básicos del funcionamiento individual en el marco de la observación psicoterapéutica ha sido sin duda la dimensión evolutiva dentro de la cual ha tomado cuerpo cada vez más la interdependencia dialéctica entre teoría y práctica terapéutica en el curso de mi evolución profesional. Pasaré entonces a describir los aspectos esenciales que caracterizan esta evolución, deteniéndome principalmente tanto en el modo en que la adhesión a una teoría determina una praxis

terapéutica, como en el modo en que esta última retroactúa sobre la teoría de la que depende, modificándola a menudo sustancialmente.

Preliminares de la Revolución Cognitiva

Contemplar al individuo en términos de principios del aprendizaje clásico y operante permitía considerar el comportamiento humano como a una máquina de precisión regulada paso a paso por el juego de las contingencias que las acciones adquirían en el ambiente circundante. Por ejemplo, el modo de actuar de un agorafóbico se veía como una secuencia de comportamientos de evitación frente situaciones temidas que se mantenían en el tiempo en cuanto se asociaban a consecuencias que el paciente valoraba como positivas, es decir el alivio de la ansiedad, y que por tanto las reforzaban (condicionamiento operante); las situaciones temidas (soledad, lugares cerrados y con mucha gente, etc.) se convertían, a su vez, en tales porque en el tiempo se habían asociado en la memoria al recuerdo de perturbaciones anteriores que habían surgido espontáneamente y que acabaron adquiriendo una conexión cronológica con la situación-estímulo que de por sí habría sido neutra (condicionamiento clásico).

En este punto la terapia del comportamiento ponía a disposición un repertorio de técnicas con las que intentar desconectar las contingencias de aprendizaje puestas de manifiesto a través del análisis comportamental llevado a cabo con anterioridad. Se debilitaba la asociación autorreforzante entre evitación y alivio de la ansiedad, adiestrando al paciente a través de una exposición gradual in vivo a las situaciones ansiógenas, mientras se bloqueaba desde el principio cualquier posibilidad de evitación y se insistía sobre los efectos positivos derivados del hecho de ser capaz de afrontar las situaciones temidas; la reactividad neurovegetativa asociada en el tiempo a situaciones neutras, por otro lado, se afrontaba con procedimientos del tipo “desensibilización sistemática” (Wolpe, 1958), es decir, adiestrando al paciente a sumergirse en aquellas situaciones en un estado de completo relajamiento, que al considerar antitético de la ansiedad se suponía que sería capaz de neutralizarla gradualmente. De este modo toda la gama de situaciones problemáticas se afrontaba repetidamente a través de una sucesión gradual pero continuada de desensibilizaciones y exposiciones in vivo.

Los efectos retroactivos de esta praxis terapéutica eran curiosamente chocantes y ambivalentes; por un lado, en efecto, el enfoque teórico que la guiaba salía altamente validado, dado que la mayoría de las veces se obtenían en breve tiempo y de modo a la vez espectacular mejorías consistentes que a menudo se mantenían en el tiempo; por otro lado, sin embargo, afloraba cada vez de forma más persistente una sensación desagradable de discrepancia ya que, basándose en el mismo enfoque teórico, se intentaba llegar a una explicación completa y exhaustiva de cuanto se había podido observar en el curso de la terapia. Además, a menudo aparecía absolutamente claro que la mejoría producida era el resultado de actitudes terapéuticas no-intencionadas o, de todos modos, no directamente

conectadas con la estrategia terapéutica que se llevaba a cabo, signo evidente que, sin darse cuenta, el terapeuta operaba con modalidades que no conocía sobre mecanismos cruciales del paciente que no era capaz de describir.

Por ejemplo, una situación significativa fue la que se produjo con un paciente gravemente agorafóbico desde hacía veinte años, que después de toda una serie de tratamientos infructuosos se me había enviado como a último recursos. Mientras llevaba a cabo el análisis de la secuencia de refuerzos que mantenían los comportamientos críticos, trataba por todos los medios de crear una situación ambiental lo más favorable posible para facilitar al paciente la exposición gradual in vivo a las situaciones temidas de que me hablaba. En esta óptica pensé que los continuos litigios con la mujer, por él provocados con una actitud explícitamente agresiva, pudieran interferir negativamente con el programa que intentaba poner en práctica en la siguiente sesión. En los últimos minutos de la sesión pedí al paciente que tratase de atenerse escrupulosamente a la siguiente prescripción comportamental: podría decir a la mujer todas las cosas desagradables que quisiera con la condición que al mismo tiempo le pasase el brazo por la espalda. La intención era simplemente inhibir o al menos reducir su agresividad elicitando una actitud hacia ella antagonista y al mismo tiempo amortiguar la reacción de la mujer ante sus provocaciones.

La semana siguiente quedé de inmediato impresionado cuando, sin ninguna indicación previa por mi parte, lo vi llegar solo por primera vez a la consulta; y fue creciendo mi asombro a medida que, en el curso de la sesión, lo escuchaba afirmar con entusiasmo que alguna cosa había cambiado radicalmente en él y que ahora se sentía capaz de volver a ir por la calle solo como en otros tiempos. Mientras me hablaba los ojos se me iban de tanto en tanto hacia el programa de exposición gradual que había preparado cuidadosamente para él y que ahora me parecía superfluo sin saber por qué. Al día siguiente me llamó la mujer para darme las gracias por el período de serenidad y felicidad conyugal de que estaba gozando con el marido, período que una semana antes le habría parecido absolutamente impensable. Era pues evidente que algo había cambiado no solo en él sino también en su situación matrimonial y que por tanto las dos cosas debían de estar de alguna forma estrechamente relacionadas entre sí aunque yo no entendía cómo. Sin embargo, lo que me resultaba particularmente frustrante era no lograr ni siquiera imaginar cómo aquello que para mí era simplemente un truco para calmarlo un poco hubiese podido desencadenar cuanto había sucedido.

En pocas palabras, casi dos o tres años de práctica conductista habían hecho cada vez más insalvable la discrepancia entre la parafernalia de técnicas comportamentales, cuyos resultados eran cuanto menos alentadores y el limitado poder explicativo de los principios del aprendizaje sobre los cuales tales técnicas se basaban. Si se sometían a examen estas discrepancias resultaba evidente que actividades cognitivas como expectativas, memoria, pensamiento, etc, debían desempeñar un papel crucial en la mediación de la respuesta comportamental al

estímulo ambiental, hecho demostrado también por el uso masivo de la imaginación en las técnicas comportamentales aunque los principios del condicionamiento clásico y operante no lograsen justificar en modo alguno su utilización.

La crisis del conductismo, más discutido en la teoría que en la práctica, aunque se hacía cada vez más neta e irreversible, iba acompañada por otra parte de un notable entusiasmo por la gran ráfaga de novedad que se vislumbraba en el horizonte. A principio de los años 70, y gracias a la teoría de la información y a la cibernética, la psicología básica científica se ocupaba cada vez más del lenguaje, de los procesos analíticos del pensamiento, de la imaginación, de la resolución de problemas, etc, aportando toda una serie de datos que permitían entender que la elaboración de la información ambiental estaba a la base tanto de las emociones como de las acciones manifestadas por un individuo en una situación dada.

La llamada “Revolución Cognitiva”

Tales expectativas no fueron en vano y la revolución cognitiva que se llevó a cabo en aquellos años condujo a una concepción del hombre esencialmente diversa de la de un animal “hedonístico” cuyo comportamiento era regulado estrictamente por el juego alternativo de premios y castigos. Una metáfora muy en voga en aquel tiempo paragonaba el comportamiento de cada ser humano al de un científico, es decir, así como toda la actividad de estudio o de investigación de un científico está coordinada y dirigida por la teoría científica seguida por él, del mismo modo el comportamiento de un individuo está regulado y dirigido en cada momento por la teoría de sí y del mundo que le rodea (Mahoney, 1974). A su vez, la teoría de sí y del mundo del sujeto se considera como un sistema de creencias ordenado jerárquicamente que guía tanto las acciones como las emociones, y que funciona como el programa de un ordenador, que una vez introducido determina casi completamente cualquier tipo de output que ejecuta la máquina. En una palabra, así como el programa de un ordenador depende de un orden lógico-matemático externo sobre el que se basa, en el mismo sentido la teoría de sí y del mundo de un sujeto depende de un orden externo objetivo y unívoco, que implica en sí mismo el sentido de las cosas, sobre el que tal teoría basa su validez y fundamento.

La representación de sí y del mundo es el resultado de un proceso cognitivo caracterizado por una direccionalidad que va de lo externo a lo interno, esto es de la realidad al sujeto. La elaboración de los datos sensoriales, que está en la base del sistema jerárquico de creencias es el fundamento mismo de cada posible representación. La validez de un sistema de creencias individuales se define por la objetividad y univocidad del orden externo que, a su vez, se equipara con los axiomas lógicos de la racionalidad. En otras palabras, el conocimiento proviene de los sentidos y tiene validez en tanto que racional.

El paso al plano clínico-terapéutico resultaba bastante inmediato. Si el conocimiento individual es, en último término una copia interna más o menos

correspondiente con el orden externo del que deriva, la psicopatología coincidirá con el grado de no-correspondencia con el orden objetivo de las cosas; por otra parte, cualquier modificación del sistema de creencias individuales que lo lleve a estar más en consonancia con los axiomas de la racionalidad, será comparada con una mejoría sintomática, dado que coincidiría con un mayor grado de correspondencia con aquel mismo orden. Se supone que las emociones perturbadoras dependen de otras creencias irracionales, y que modificando estas últimas cambiarán también las primeras (Schachter y Singer, 1962). El eje de la estrategia terapéutica consiste, por tanto, en la reconstrucción a través de un análisis cognitivo cuidadoso del sistema de creencias del paciente y, después de haber identificado las irracionales y señalado la conexión que tienen con las acciones y emociones correspondientes, proceder a una reestructuración sistemática (Beck, 1976; Ellis, 1962; Kanfer y Goldstein, 1975; Meichenbaum, 1977). Hacia la mitad de los años 70, esta actitud terapéutica produjo una explosión de entusiasmo considerable y una notable curiosidad hacia todo aquello que era “cognitivo” o “interno”; por un lado, el hecho de colocarse por encima de la posición conductista hacía vislumbrar paisajes hasta entonces insospechados, mientras que por otro, era un poco como violar, finalmente, la famosa “caja negra”, rodeada durante mucho tiempo de incitantes misterios.

Sin embargo, después de casi tres años de práctica cognitiva comenzó nuevamente a aflorar una sensación, cada vez más enojosa de discrepancia entre la lógica lineal del planteamiento teórico y la multiforme complejidad que la práctica terapéutica acaba después por imponer. Cabe decir, por otro lado, que la familiaridad con el análisis cognitivo permitía ahora entrar en contacto con fenómenos y con procesos que ya no se podían descuidar por considerarlos “mentalistas”, como ocurría en tiempos del conductismo, y esto agudizaba todavía más la discrepancia. Se veía cada vez más claro, por ejemplo, que la elicitación de emociones implicantes por su intensidad y su cualidad en el curso de la relación terapéutica era capaz por sí mismo de producir cambios significativos, sin que fuese necesaria la intervención de técnicas codificadas de reestructuración cognitiva, y esto era difícil de explicar de acuerdo con el planteamiento habitual.

Me viene frecuentemente a la memoria el recuerdo de una grave paciente anoréxica que mejoró de una forma notable y persistente con una total remisión sintomatológica, inmediatamente después de haber tenido una violenta discusión conmigo como conclusión de una extenuante situación competitiva y antes aún de que hubiese podido llevar a cabo el análisis de su sistema de creencias.

Otro aspecto que saltaba cada vez más a la vista era que al continuar actuando sobre secuencias más o menos aisladas de creencias, emociones y acciones nos hallábamos en situación de no poder explicar la continuidad y coherencia internas exhibidas por cada sistema cognitivo individual, tanto en el interior de los varios campos de experiencia como en el curso de las transformaciones que se producen en el ciclo de la vida. En otras palabras, parecía que el significado personal en la

base de un sistema de creencias individuales, a diferencia de las creencias concretas, fuese mucho menos susceptible de transformaciones significativas y tendiese a permanecer inalterable aun a despecho de cambios consistentes.

Puede resultar ejemplar el caso de un paciente que había iniciado decenios atrás un cuadro agorafóbico clásico y que se había ido progresivamente estabilizando en una actitud hipocondríaca que parecía global e impenetrable. Sostenía creencias sobre la enfermedad de tipo absolutamente delirante que lo invadían completamente no dejándole espacio para ninguna otra actividad, incluido el sueño; no era accesible a ningún tipo de discurso que no versara sobre enfermedades, medicinas, pronosis, etc, y resultaba del todo imposible poder hablar en términos de pensamientos, intenciones, sensaciones o emociones. Como la mayor parte de los agorafóbicos estaba absolutamente convencido de tener una enfermedad orgánica, de naturaleza genética y todavía desconocida por los médicos y que si el mal no acaba antes con él, al final sería capaz de demostrar, con pruebas en la mano, que sus anomalías o singularidades no eran sólo sofismas o, como decía el con una sonrisita irónica, “problemas psicológicos”. Aunque con mucha reticencia acepté finalmente ocuparme de él, presionado por el colega que me lo había derivado y por la reiterada insistencia del paciente que había tomado el consejo del colega como un indicio preocupante de un tipo de enfermedad en la cual no había jamás pensado, a saber, la mental.

Fue un trabajo extenuante que se prolongó por algunos años más por su obstinación en querer proseguir que por mi convicción de que pudiese servir de algo. Sin embargo, contrariamente a mis expectativas, y por mecanismos que todavía hoy me serían difíciles de explicar completamente, después de casi tres años asistí a un cambio en verdad sorprendente. No sólo no hablaba más ni de enfermedades ni de medicinas, sino que había vuelto a trabajar y a tener intereses, había iniciado felizmente una nueva relación y lo que era más importante todavía —al menos para mí— hablaba de sí mismo en términos de estados de ánimo, intenciones, etc. Comenzamos a vernos de forma más distanciada, entre otras razones porque estaba muy implicado en actividades y proyectos de vida que la exigía su nueva relación afectiva. Varios meses después me vino a ver “para charlar un poco”, como decía a menudo, y en un momento dado la conversación derivó hacia un intenso estado de conmoción que había experimentado algunas noches antes cuando se quedó solo viendo una película que acababa de comprar; conmoción que había vuelto a sentir cuando días después había sentido la necesidad de volverla a ver. Quedé obviamente gratamente sorprendido por encontrarme frente a un hombre con una gran sensibilidad personal a la cultura de su tiempo que antes jamás hubiera sospechado y. Sólo por darle forma de poder expresar lo que había experimentado, le pedí que me hablara de la película. A medida que iba quedando claro lo que tanto le había conmovido, experimentaba el efecto de una ducha de agua fría. El protagonista de la película había puesto de manifiesto el tema de fondo que aún permanecía en su vida: este personaje, que

había sido boicoteado y escarnecido por todos durante toda su vida a causa de sus extrañezas e idiosincrasia, al final se moría entre la comprensión y el arrepentimiento de todos, ya que en el lecho de muerte se descubría que siempre había tenido una enfermedad hereditaria degenerativa.

Las consideraciones que de este modo se podían extraer ponían de manifiesto que “la caja negra” era mucho más compleja de cuanto no dejase suponer el entusiasmo inicial. Esta complejidad, por otra parte, se iba confirmando a través de la psicología cognitiva experimental que, iba elaborando, al mismo tiempo, modelos cada vez más sofisticados y multiniveles de razonamiento abstracto, resolución de problemas, procedimientos de toma de decisiones, etc. Todo ello ponía todavía más de relieve que frente a una actividad cognitiva poliédrica y pluriarticulada el único instrumento terapéutico codificado continuaba siendo, en el fondo, el de la persuasión. Así es cómo aparecían las técnicas de reestructuración racional sistemática a la luz de la psicolingüística estructural y constructivista que iba configurándose cada vez más por aquel entonces.

Nuevamente debía cambiar de actitud aunque estaba claro que esta vez, a diferencia de lo acaecido un año antes en el tiempo de la crisis conductista, no era posible continuar ni ampliar aquel mismo paradigma empirista-asociacionista que hasta entonces había servido de punto de referencia. En primer lugar, era evidente que el paradigma empirista se había llevado hasta sus límites máximos, más allá de los cuales su estructura misma no se habría podido sostener. Como se dice en la jerga colorista de la vida cotidiana, “se había restregado el fondo de la olla”. En segundo lugar, el problema no era el de introducir esta o aquella novedad para lograr explicar esta o aquella anomalía, sino que se veía por el contrario, la necesidad de modificar conceptos básicos como “organismo”, “conocimiento”, “realidad”, “objetividad”, etc.

Así, al final de los años 70, me encontré en una situación semejante a la experimentada años atrás cuando, comenzando a trabajar como terapeuta, me había visto obligado a profundizar en argumentos y métodos para desarrollar una metodología alternativa a la psicoanalítica. Aunque si bien con otra perspectiva y bajo la influencia de otras experiencias, también ahora me veía obligado a dedicarme a los temas epistemológicos de fondo, y en particular a revisar los axiomas básicos del planteamiento empirista tradicional que hasta entonces había impregnado toda la psicología científica.

Cognitivismo Sistémico

La perspectiva básica del empirismo es que existe una realidad externa, única y objetivamente dada y que un observador imparcial, en base a las impresiones sensoriales que recibe (correspondientes a una especie de “instantáneas” de esta realidad), puede llegar a reconstruir como tal el orden objetivo en el que vivimos. Esta imparcialidad del observador corresponde en la práctica a una pasividad suya en la interacción con el mundo, puesto que en esta óptica cada organismo acaba por

ser considerado simplemente como “respondiente” a un orden externo en el que viene dado ya objetivamente el sentido de las cosas y que define unívocamente el significado de un input antes de que el organismo lo reciba.

De todos modos, si se consideraban con la debida atención los datos ofrecidos por la convergencia interdisciplinar producida al final de los 70 entre Teoría de Sistemas, 2ª cibernética, termodinámica irreversible, ciencia cognitiva, epistemología evolutiva, etc. se llegaba casi inevitablemente a un cambio radical de la noción de realidad y de organismo, y, en consecuencia, a un cambio en la relación observado-observador (Bocchi e Ceruti, 1986; Weimer, 1979).

Lejos de parecer unívoca y objetivamente dada una vez por todas, la realidad aparece, al contrario, como una red de procesos estrechamente interconectados entre ellos y articulados a niveles múltiples de interacción, los cuales, si bien simultáneamente presentes, son irreducibles entre sí. El observador, por otro lado, no se halla ya más en la posición privilegiada e imparcial de quien, siendo externo al objeto que observa, puede captar objetivamente sus características y propiedades. Al contrario, con su observación introduce un orden en esta red de procesos interconectados, gracias a la cual las posibles ambigüedades inherentes a las interacciones múltiples y simultáneas que se producen, adquieren, en cambio, a sus ojos características de univocidad y necesidad. En otras palabras, cada observación, lejos de ser externa y por tanto “neutra” es, por el contrario, *autorreferencial*, se refleja siempre a sí misma; esto es, traduce más bien el orden perceptivo sobre el que se basa, que la cualidad intrínseca del objeto percibido.

Este cambio sustancial en la perspectiva observador/observado, que subraya el papel activo y constructivo del observador, lleva consiguientemente a un reformulación de la noción de organismo, cuya autonomía se define en términos de capacidad de autoorganización y de mantenimiento de la propia identidad del sistema. Lejos de ser el mero reflejo de un orden externo, la organización de la realidad en un conjunto de regularidades previsibles y por tanto comprensibles consiste, en cambio, en la construcción autorreferencial de un sistema que, al plasmar precisamente su orden en el interior de un fluir de estímulos continuamente mutables y multiformes, define al mismo tiempo su individualidad e identidad como sistema. Por tanto, en la construcción de aquella ordenación de la realidad que llamamos “experiencia”, los procesos cognoscitivos tienen un papel absolutamente central. Si bien, como la epistemología evolutiva ha puesto muy bien de manifiesto, el conocimiento no es sólo actividad cognitiva, ligada al pensamiento y por tanto a la lógica y a la racionalidad, sino también, y sobre todo, actividad motora y emocional, y por tanto vinculada a mecanismos tácitos y analógicos.

La lógica autorreferencial que regula la autoorganización de un sistema cognoscitivo individual, dirige también su mantenimiento a través del ciclo vital; gracias a la capacidad de transformar las perturbaciones provenientes de la interacción con el ambiente en informaciones significativas respecto a la organización de la experiencia, la adaptación del sistema se identifica no tanto con el

logro de un equilibrio estático y circular de tipo homeostático, sino más bien con un proceso de direccionalidad progresiva, de mantenimiento de la coherencia interna que tiene lugar a través de un continuo cambio del punto de equilibrio inicial.

El flujo temporal de un sistema cognoscitivo individual aparece, entonces, como un proceso abierto de incesante asimilación de experiencia caracterizado por la emergencia discontinua, a través del ciclo vital, de niveles más estructurados e integrados de conocimiento de sí mismo y del mundo. La aparición de niveles más estructurados de conocimiento es siempre el resultado de la asimilación de desequilibrios y discrepancias producidas en el curso de la experiencia, mientras que la cualidad de la reorganización del significado personal resultante depende del modo en que tales discrepancias han sido integradas.

El nivel de conciencia que un sistema tiene del propio funcionamiento juega, por tanto, un papel crucial en la dirección de un proceso de reorganización orientado al crecimiento personal o al estancamiento existencial más o menos plagado de trastornos emocionales. Por tanto los “síntomas” que un sistema puede presentar en una fase cualquiera de su ciclo vital deben ser considerados en relación a procesos cognoscitivos, que ponen de manifiesto los intentos de cambio infructuosos, derivados de un nivel de conciencia reducido y/o equivocado que impide una plena y coherente asimilación de la experiencia personal. Este modo de concebir el sistema cognoscitivo individual permite extraer una “teoría” de la intervención terapéutica cuyas líneas básicas se diferencian claramente del cognitivismo tradicional.

En el enfoque cognitivo clásico, concebido básicamente desde la perspectiva de la edad adulta como meseta homeostática, el cambio terapéutico se entiende fundamentalmente como una recuperación del equilibrio adaptativo, anterior al inicio de la sintomatología. Tal recuperación coincide sustancialmente con un aumento de la capacidad de autocontrol frente a las emociones perturbadoras y con el desarrollo de actitudes más “racionales” frente a situaciones críticas, obtenido a través una crítica estricta y sistemática de las creencias “irracionales” puestas de manifiesto por el paciente durante el análisis clínico.

En los planteamientos cognitivos de orientación sistémica, en los que el ciclo de vida se ve esencialmente como direccionalidad progresiva del conocimiento individual, la cuestión básica referida al cambio se orienta hacia una reformulación de este tipo: ¿en qué modo puede ser modificada la conciencia que el paciente tiene del propio funcionamiento de forma tal que, prosiguiendo su direccionalidad progresiva, pueda asimilar el desequilibrio producido desplazándose hacia un equilibrio más dinámico e integrado, que todavía no existe en ese momento? (Guidano, 1987, 1988; Mahoney, 1980, 1985; Reda, 1986; Rice y Greenberg, 1984). A esta estrategia terapéutica corresponde una metodología que se contrasta de la clásica en dos aspectos fundamentales: el abandono por parte del terapeuta del papel de observador privilegiado, imparcial y objetivo, lo que

comporta una renuncia al primado de la racionalidad, y la prosecución de comprensión por parte del paciente de la dinámica de su significado personal, más que la persuasión obtenida a base de enfrentamientos dialécticos o de estrategias relacionales o conductuales.

En el cognitivismo clásico la racionalidad se considera como un conjunto de axiomas normativos de valores universales que configuran el orden externo, unívoco y objetivo, gracias al cual se hace posible evaluar el grado de problematización e inconsistencia de cualquier comportamiento analizado. El terapeuta, como depositario y garantía precisamente de tales axiomas, puede situarse ante la relación terapéutica con un rol privilegiado que le permite criticar “objetivamente” la irracionalidad de la conducta del paciente, mientras sugiere de diversos modos creencias y comportamientos más racionales. En otras palabras, aceptando la perspectiva de un orden externo, objetivo e inmutable para todos, que gobierna de modo unívoco el desarrollo y el sentido de las vicisitudes humanas, la relación terapéutica se convierte en un instrumento de orden más bien que un instrumento de exploración personal gracias al cual el paciente pueda ser capaz gradualmente de recoger, a través de la aparente insensatez de las emociones desagradables que experimenta, las reglas que gobiernan la rígida coherencia de su significado personal. Uno de las sensaciones más desagradables que experimentaba al principio de mi trabajo como cognitivista era precisamente el hecho de tener que comportarme como un depositario de la verdad, derivada de esta actitud terapéutica, y de hecho las terapias cognitivas clásicas acababan siempre por transformar la relación con el paciente en una especie de curso didáctico con impronta científica, filosófica o pedagógica según la tendencia personal del terapeuta.

Por otra parte, si la organización de la realidad en la experiencia personal es una construcción autónoma por parte del sistema, se desvanece cualquier pretensión de identificar puntos de vista objetivos y externos, capaces de evaluar el grado de validez de los comportamientos observados. Más que una entidad absoluta que permita juzgar una actitud en sí misma, independientemente de cualquier punto de vista, la racionalidad tiene, por el contrario, una naturaleza intrínsecamente relativista en cuanto permite definir el grado de adecuación al objetivo de una actitud dada, siempre que se refiera al significado personal específico que lo ha producido y del que forma parte. Si se la considera desde una óptica evolutiva, la racionalidad aparece como una propiedad emergente de los sistemas autoorganizados, conectada desde el principio con la elaboración de reglas de acción, capaces de producir comportamientos orientados a un fin, cada vez más eficientes y a prueba de errores. Si, por tanto, la racionalidad es esencialmente “acción”, no puede de ningún modo referirse a categorías lógicas del tipo “verdadero” o “falso”. La racionalidad evidencia simplemente la autorreferencialidad de los procesos de adaptación, dando a entender que la adaptación misma consiste no tanto en el logro de un objetivo “justo” o “verdadero” en sí mismo, sino más bien de un objetivo cuya posible utilidad es tal, sólo a los ojos del sistema en cuestión.

Resulta evidente, por tanto, que para obtener un cambio terapéutico significativo un terapeuta cognitivo orientado en un sentido sistémico no puede limitarse sólo a jugar el rol del “persuasor oculto”, que induce comportamientos más adaptativos a través de prescripciones comportamentales, imposiciones o prescripciones paradójicas, etc. Al contrario, dado que el logro por parte del paciente de una comprensión más cuidadosa y exhaustiva del propio funcionamiento representa la variable crucial, capaz de permitirle una asimilación más adecuada de la experiencia problemática producida, el terapeuta no se interesa ya por inducir en el paciente modificaciones comportamentales o relacionales, que se produzcan “fuera de su conciencia”. Por tanto, dado que el objetivo no es tanto que el paciente cambie de creencias a cualquier precio, si no más bien que sea consciente de su modo de elaborarlas, ya desde el primer momento el terapeuta orientará la atención del paciente hacia la reconstrucción y comprensión gradual de las reglas sintácticas de base que gobiernan los aspectos invariantes de las emociones y de las representaciones críticas.

Si al principio de la terapia esta estrategia se llevaba hacia adelante mediante técnicas de auto-observación, prevalentemente focalizadas sobre el “hic et nunc”, a medida que se procede a la comprensión, ésta se extiende hasta la reconstrucción de la historia de desarrollo personal. Hacer recorrer varias veces al paciente su historia de desarrollo es, sin duda, el proceso que permite obtener el mayor nivel posible de distanciamiento y descentramiento frente a ciertos esquemas emocionales y cognitivos fuertemente conectados con el propio sentido de sí. Los nuevos niveles de conciencia, que de este modo gradualmente se generan, experimentan ulteriores reorganizaciones de los datos del pasado que, a su vez, crean ulteriores procesos de comprensión y así sucesivamente. En otras palabras, el terapeuta actúa sobre la memoria del paciente (es decir, sobre las modalidades con las que este último ha seleccionado y ordenado los propios acontecimientos de su vida, extrayendo de este modo un significado personal, específicamente consistente con su coherencia interna), activando el reordenamiento y la reestructuración de esquemas críticos de la memoria (Bara, 1984).

Esta sucinta exposición de los temas de fondo de la estrategia terapéutica del cognitivismo sistémico puede servirnos ahora como marco referencial para configurar los problemas aparecidos en estos últimos años de práctica clínica de esta orientación teórica. Apenas es necesario señalar que, en el momento en el que esbozo estas reflexiones, esta fase teórica no ha sido superada todavía por una ulterior elaboración que permita verla desde otro punto de vista, razón por la cual se trata simplemente de una expresión de la evolución que está siguiendo el cognitivismo sistémico. Me limitaré a subrayar algunos aspectos que me interesan de modo particular; dos problemas: el del cambio terapéutico y el de la conciencia, que irán adquiriendo con toda probabilidad, formas cada vez más definidas en el próximo futuro.

El problema del cambio

El aspecto más inquietante detectado en estos años de práctica sistémica se puede plantear sin duda como la percepción de una falta de correspondencia directa entre el tipo de estrategias utilizadas y la cualidad y las modalidades de reorganización personal que se producen; si bien, por otro lado, no caben dudas de que la intervención terapéutica ha desencadenado de alguna manera el proceso que ha llevado a la reorganización. En un agorafóbico, por ejemplo, sería difícil hacer ver una correlación entre el contenido de la explicación referente a las emociones críticas, ligadas a la soledad y a la sensación de constricción a las que se ha llegado, a la vez que se construía el método de auto-observación transversal y longitudinal, y el tipo de reorganización que tiene como objetivo el tema “deber ser de todas formas libre en un mundo restringido y amenazante”, que queda como hilo conductor de su significado personal. Resulta cada vez más evidente, por otro lado, que las perturbaciones emotivas derivadas de la relación terapéutica, especialmente en el caso de una implicación “positiva” por parte del paciente, juegan un papel absolutamente fundamental en la facilitación de aquellas modificaciones del nivel de conciencia, que permiten al paciente reorganizarse elaborando una descripción alternativa de sí mismo.

El intento de llegar a una explicación más exhaustiva de estos aspectos controvertidos y aparentemente contrastante me ha llevado por el momento a plantear el problema en estos términos (Guidano, en prensa). Para la obtención de un cambio terapéutico parece indispensable la presencia simultánea de dos procesos básicos, aunque variables por estructura e intensidad: a) un efecto discrepante (derivado de la explicación ofrecida por el terapeuta) capaz de desencadenar una modificación apreciable del punto de vista que el paciente tiene habitualmente de sí mismo; b) un nivel apreciable de implicación emotiva en la relación terapéutica. Veámoslos un momento más de cerca para aclarar mejor el modo en que se correlacionan.

a) La eficacia terapéutica de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta, más que del contenido específico, depende del grado de discrepancia que presentan respecto a la percepción habitual que el paciente tiene de sí mismo. Al contrario, por tanto, de lo que tradicionalmente se supone, el efecto crucial no se produce a través de una transmisión de datos de conocimiento mejores o más racionales, sino más bien a través de una especie de reestructuración en la percepción de sí mismo, como intento de asimilar e integrar una perturbación sentida como significativa, incluida en el interior de un setting emocional importante. Aún así, aunque la disponibilidad de explicaciones o reformulaciones del caso es una condición necesaria para desencadenar una perturbación crítica, esta, no es suficiente por sí misma para iniciar un proceso de reorganización.

b) Un nivel apreciable de implicación emocional en la relación terapéutica pone al paciente en la situación de no poder evitar de ningún modo el enfrentamiento con un punto de vista crítico y alternativo, obligándolo más bien a una

autorreferencialidad global e inmediata desde la que se origina el sentido mismo de discrepancia. En otras palabras, a parte de su contenido específico, una explicación crítica puede ejercer un efecto discrepante en función del nivel de autorreferencialidad permitido por el contexto relacional y emocional que se ha ido estructurando.

Por otra parte, no hay que suponer que la necesidad de la implicación emocional sea algo exclusivo del paciente. La psicolingüística del último decenio ha puesto de manifiesto el papel crucial que, en la mayoría de los casos, juega la implicación emocional, tanto en la estructuración de los actos lingüísticos como en el grado de eficacia que estos acaban por asumir en el setting comunicativo (Habermas, 1986). A parte del contenido de la transacción en acto, solo un esfuerzo emocional específico por parte del "speaker" (el que habla) puede garantizar que esté dispuesto a sacar todas las consecuencias contenidas en la oferta que propone y sólo esto hace creíble la oferta en el "audience" (el que escucha) que la recibe. En este sentido la implicación del terapeuta en el setting terapéutico constituye precisamente la variable crítica que, al hacer "creíble" la explicación ofrecida, activa en el paciente la dimensión de autorreferencia inevitable y obligada a la que nos hemos referido.

La perspectiva clínica, que surge de este modo de plantear el problema del cambio, se materializa en el papel del terapeuta como perturbador "estratégicamente orientado", es decir, de alguien que, mientras "técnicamente" intenta modificar los patrones de conciencia del paciente en el seno de la estrategia que lleva a cabo, está sumamente atento a la utilización de las variaciones emocionales que observa para facilitar la comprensión y la asimilación de cuanto se va reconstruyendo gradualmente. De esta forma, y al menos de momento, el papel del terapeuta resulta más bien trabajoso dado que, a la vez que atiende a los aspectos emocionales que aparecen en la interacción con el paciente, debe también tener en cuenta sus propias oscilaciones emocionales, las que modulan su percepción y comprensión de la problemática del paciente. Estas oscilaciones, sin embargo, si bien iniciadas por la interacción con el paciente no son tanto informativas de este último, cuanto más bien del funcionamiento del terapeuta y, en definitiva del modo en que esto influye en la definición misma de la realidad terapéutica.

El problema de la conciencia.

El énfasis puesto sobre el rol que la conciencia ejerce en el desarrollo y la calidad de las transformaciones que tienen lugar en el curso del ciclo vital, al menos al principio de la fase sistémica, iba acompañado de la desconfianza de que este énfasis pudiese corresponder básicamente a ver en la conciencia la legítima heredera de la racionalidad. En la práctica que se pudiese traducir en una actitud terapéutica orientada a la inducción a ultranza de la conciencia en cuanto tal, repropuesta como la panacea según la cual en el fondo hay "un mundo en el que las cosas son como son". La renuncia al rol de observador privilegiado en la

relación terapéutica junto a una metodología de investigación sistémico-procesual permite por un lado, ahuyentar esta duda, pero por el otro, pone de manifiesto a la conciencia la conexión de toda una serie de problemas no tan fácilmente previsibles inicialmente.

El análisis detallado de las modificaciones del nivel de conciencia provocadas por un setting terapéutico sistémico, ha permitido comprobar que la conciencia no es más que uno de los procesos con los que un sistema construye una representación de sí mismo, apta para incrementar su eficacia adaptativa. Tal representación está regulada por la misma lógica autorreferencial sobre la que se basa el sistema entero y, por tanto, no corresponde tanto a una imagen de sí “justa” o “verdadera” (indicadora de lo que el sistema es en sí) sino más bien a la imagen necesaria para el mantenimiento de la coherencia interna y, por tanto, orientada a poner menos de manifiesto las contradicciones y las discrepancias del significado personal. En pocas palabras, la introspección no lleva a la elaboración de una especie de “sí mismo objetivo”, visto más o menos de forma atenta desde fuera, en cuanto corresponde a un continuo proceso de retoque y recomposición de los datos con el fin de, en primer lugar, estabilizar el sentido de sí en curso y, eventualmente, articularlo ulteriormente.

Desde una óptica autorreferencial y relativista se convierten quizás en más comprensibles los efectos contradictorios que a menudo se ven aflorar en el tiempo, tanto en el plano cognitivo como en el emocional, después de haber llegado a una modificación del nivel habitual de conciencia del paciente.

A nivel cognitivo, el cuestionamiento de los aspectos propios con la reorganización de la percepción de la realidad que a menudo comporta, pone de manifiesto nuevos sectores críticos en la experiencia del paciente, haciendo aparecer el curso de un ciclo de vida individual como un continuo “desplazamiento problemático”, en el que a cada incremento de conciencia corresponde la aparición de nuevos sectores de ignorancia.

Por lo que se refiere al plano emocional, el aflorar de nuevos niveles de conciencia se acompaña casi por regla general de un aumento del sentido de ambigüedad en la percepción de sí y del mundo, conectado en diversas medidas con la aparición de otras emociones complejas y perturbantes, como el aburrimiento, el sentido del absurdo y de la inutilidad, etc. Todavía no está claro de qué manera el aumento de conciencia facilita el aflorar de tales emociones, aunque parece evidente que el fenómeno se halla de algún modo correlacionado con el atenuarse del sentido de la inmediatez en la percepción de sí y de la realidad, precisamente cuando tales percepciones, al entrar en la conciencia, se convierten en objeto de su atención.

En el curso de los últimos años resulta cada vez más evidente la necesidad de proceder con cautela en llevar hacia adelante una estrategia dirigida a modificar los niveles de conciencia habituales. El terapeuta debe procurar actuar sólo en aquellos sectores de experiencia que se revelen críticos en base a una previa

reconstrucción de los temas de fondo del significado personal del paciente, absteniéndose de intervenir a ultranza en otros sectores, a pesar de que sus concepciones de vida puedan parecerle mejores y más adecuadas a las mantenidas por el paciente. Por otra parte, incluso en el área de los sectores críticos mismos, sería conveniente no proceder indiscriminadamente con el fin de conseguir un conciencia a cualquier precio, sino estar dispuestos más bien a situarse en el umbral mínimo de modificación en la percepción de sí para facilitar en el paciente una asimilación lo más ajustada posible a su problemática. Todo esto exige por parte del terapeuta una conciencia de la delimitación que media entre sus propias concepciones sobre sí mismo y la realidad y la dinámica evolutiva autónoma y coherente del significado personal del paciente.

Quisiera subrayar, para finalizar, que en los últimos años, y gracias a la superación del papel de observador privilegiado por encima de las partes atribuido al terapeuta, han florecido toda una serie de estudios referentes al terapeuta como persona (Guy, 1987). Se trata de estudios longitudinales en los que, a parte las motivaciones implicadas en el hecho de escoger la profesión de terapeuta, se busca examinar particularmente los efectos sobre la persona que puede comportar el ejercicio habitual y a tiempo completo de la profesión de terapeuta. De la mayoría de los datos se deduce que las emociones y los estados de ánimo más perturbadores están relacionados, también en los terapeutas, con el aumento de conciencia y que, por otra parte, tal aumento de conciencia parece ser parte integrante del trabajo psicoterapéutico, precisamente como hacer de barnizador comporta como mínimo un bronquitis irritativa por inhalación de vapores químicos. Se trata de una conciencia, por otra parte, que es resultado de una dinámica bastante peculiar. Por un lado el terapeuta entra en contacto con una cantidad desmesurada de vivencias e historias humanas que no pueden dejar de traducirse en una conciencia más profunda de la vida y de sus reacciones frente a esta; por otro, sin embargo, la conciencia que se obtiene así es "vicaria", es decir, más que sobre una experiencia directamente vivida se basa sobre experiencias vicarias extraídas de la vida de otras personas y como tales más susceptibles de intensificar el aflorar de emociones complejas y ambiguas. Este estado de cosas resulta todavía más agudo hoy todavía de lo que lo fuese en el pasado, puesto que el cambio radical producido en la relación observador/observado ha terminado por cuestionar al propio terapeuta de una forma hasta hace poco tiempo impensable. Si un terapeuta renuncia a sentirse garantía de un principio de objetividad, entrando de esta forma en el juego de la autorreferencialidad, entonces la referencia a la propia experiencia personal se convierte en continua y presionante, en cuanto detrás de cada organización que llegue a vislumbrar no dejar de darse cuenta del perfil de sus categorías perceptivas y emocionales de las que depende el orden.

Estos son los aspectos esenciales que en este punto de mi evolución personal como terapeuta me han hecho ver la relación entre cambio y conciencia en el curso del ciclo de vida como un punto de contacto crítico cuya profundización nos podría

revelar aspectos todavía imprevisibles, capaces de conducirnos a otro nivel de comprensión respecto al cual el cognitivismo sistémico nos podría quizás parecer evidente y banal. Es lo que espero pueda acaecer en el curso de los próximos años.

En este artículo el Dr. Guidano repasa las vicisitudes de su propia trayectoria intelectual en la práctica de la psicoterapia, desde el conductismo al cognitivismo racionalista y de éste al cognitivismo sistémico.

Nota Editorial: El texto original de este artículo nos ha sido cedido por el autor y traducido por María José Pubill y Manuel Villegas.

Referencias bibliográficas

- BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt Rinehart & Winston.
- BARA, B.G. (1984). *Modifications of knowledge by memory processes*. In REDA, M.A., MAHONEY, M.J. (eds.) *Cognitive Psychotherapies*. Cambridge: Ballinger.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- BOCCI, G. & CERUTI, M. (Eds.) (1986). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. (1988). Affective change events in a systems-process oriented approach to cognitive therapy. In J. SAFRAN & L. GREENBERG (Eds.) *Emotion and the process of therapeutic change*. New York: Guilford Press.
- GUY, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- HABERMAS, J. (1986). *Teoria dell'agire comunicativo*. Bologna: Il Mulino.
- KANFER, F. & GOLDSTEIN, A. (Eds.) (1975). *Helping people change*. New York: Pergamon.
- MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- MAHONEY, M.J. (Ed.) (1980). *Psychotherapy process*. New York: Plenum.
- MAHONEY, M.J. & FREEMAN, A. (Eds.) (1985). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- POPPER, K. (1976). *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale*. Roma: Armando.
- REDA, M.A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: NIS.
- RICE, L.N. e GREENBERG, L. (Eds.) (1984). *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- SCHACHTER, S. e SINGER, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- WEIMAR, W.B. (1977). *Notes on the methodology of scientific research*. Erlbaum: Hillsdale.
- WITTGENSTEIN, L. (1964). *Tractatus logico-philosophicus*. Torino: Einaudi.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University: Press.



