

# EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AGORAFÓBICOS DESDE UNA OPTICA CONSTRUCTIVISTA

Lorenzo Cionini

Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze

Daniela Maria Mattei

Centro Studi in Psichiatria e Psicoterapia Firenze

*This paper presents a way of working with agoraphobic patients within the constructivistic framework. First of all, some relevant schemata and processes for the maintenance of the equilibrium in these patients' cognitive system are analyzed. Two different typologies of agoraphobics are then described and, for each of them, a psychotherapeutic strategy and some specific techniques are discussed.*

---

Las características de la organización agorafóbica han sido ampliamente descritas en la reciente literatura cognitivista. Guidano y Liotti (1983) han formulado un modelo explicativo del síndrome agorafóbico, posteriormente retomado y ampliado por otros autores (Reda, 1986; Lorenzini y Sassaroli, 1988; Liotti, 1990). En el presente artículo no nos detendremos por tanto en los aspectos generales -cognitivos, emotivos y de la historia del desarrollo- de esta organización sino que, asumiendo como premisa el modelo de Guidano y Liotti, trataremos de manera más específica dos problemas relacionados con la conducción de la intervención psicoterapéutica: las características de los procesos que pueden permitir a un sistema organizado fóbicamente mantener un estado de “compensación” -y viceversa, aquellos que pueden conducirlo a uno de “descompensación”- y los criterios estratégicos sobre los cuales puede basarse un proyecto de cambio terapéutico.

## PROCESOS DE COMPENSACION Y DESCOMPENSACION

El sistema cognitivo de los individuos organizados en sentido fóbico se caracteriza por la existencia de algunos esquemas específicos directamente contrapuestos entre si (“yo persona débil que tiene necesidad de protección” vs.”yo

persona que tiene necesidad de independencia y libertad”) que determinan una tasa notable de incoherencia interna y, por tanto, de desequilibrio del sistema mismo.

Los estudios de Bowlby (1973) muestran cómo los pacientes agorafóbicos han tenido, preponderantemente, experiencias de apego ansioso, que pueden ser descritas en términos de un temor a la no accesibilidad y/o disponibilidad de las figuras de referencia, que sólo permiten afrontar con dificultad situaciones -reales o temidas- de separación. Las observaciones realizadas por Ainsworth en la “situación de extrañamiento” (1985) sobre las relaciones entre comportamientos del niño y actitudes maternas han llevado a la distinción de dos tipos de apego ansioso; en concreto, las madres de niños con apego “ansioso-resistente” expresan incoherencia en sus manifestaciones de disponibilidad dirigidas a sus hijos y se presentan como intrusivas, hipercontroladoras y tendentes a limitar las experiencias autónomas de exploración del ambiente de éstos.

La hipótesis organizativa plantea que tales comportamientos maternos pueden fácilmente llevar al niño a la construcción de esquemas relativos al Si-mismo caracterizados, por la incoherencia antes citada: por una parte, como persona débil y por tanto necesitada de ayuda y protección y, por otra, sobretodo a través del bloqueo de la exploración, como una persona inhibida y constreñida respecto a las propias necesidades de libertad y autonomía.

A partir de la oposición de estos esquemas, el problema central del mantenimiento de la coherencia de la identidad personal se puede expresar de la siguiente manera: “¿cómo es posible lograr ser protegido sin ser constreñido?”. La resolución del dilema pasa a través de la construcción gradual de esquemas centrados sobre el control que, articulándose cada vez más, pueden llegar a dar cierto equilibrio. Mediante la adopción masiva de esquemas de control respecto a sí mismo, a los otros (en particular, las figuras de apego) y a las situaciones externas el individuo puede llegar a alcanzar una situación de compensación, equilibrando su necesidad de protección con su necesidad de libertad; es decir, obtener la protección de los otros y también la sensación de autonomía propia que se deriva del hecho de ser él quien gestiona las situaciones.

El control suple, por tanto, múltiples objetivos: puede dar la sensación de conseguir evitar la imprevisibilidad de situaciones nuevas que podrían ser peligrosas, conjurar eventuales pérdidas afectivas (controlar al compañero es una garantía de continuidad de la relación), puede ser un ser una forma de dosificar la protección (“si te controlo me puedes proteger sin constreñirme”), puede servir para defenderse del miedo a una imaginaria debilidad personal (“si me controlo evito dejarme implicar por las emociones, sobretodo por aquellas que harían evidente mi poca fuerza”).

Como cualquier mecanismo de compensación, la adopción masiva de esquemas de control determina, sin embargo, una situación paradójica; en efecto, si por una parte resuelve la incoherencia de fondo del sistema, por la otra le impone

vínculos cada vez más estrechos que lo conducen a una auto-limitación forzada de la propia independencia (Cionini, 1991a). El control sobre las figuras de apego inhibe la posibilidad de un desarrollo real de la autonomía así como de la capacidad de separarse de ellas; el sentido de dominio que los mecanismos de control sobre los otros parecen ofrecer es ficticio en la medida en que el grado de dependencia de la protección y de la confirmación ajena continua siendo elevado. Análogamente también la exploración interna, así como la capacidad de lectura de las propias reacciones personales, se ve fuertemente limitada por el control impuesto sobre los propios estados emotivos. Las estrategias de compensación comportan por tanto costes elevados para el individuo ya que, paradójicamente “cuanto más controlo a los otros, más me siento dependiente de ellos”, “cuanto más me controlo a mi mismo, menos reconozco -y por tanto más temo- mis emociones.

En otras palabras, en el intento de evitar las constricciones ambientales e interpersonales, el agorafóbico termina por auto-constreñirse totalmente tanto en lo relativo a sus comportamientos como respecto a sus sensaciones. Se instauro un perverso juego paradójico: para ser libre es necesario controlar y controlarse, pero controlar y controlarse implica reducir la propia libertad.

Desde estas premisas, la descompensación del sistema -con la aparición de la sintomatología- puede darse cuando el sujeto construye algunas situaciones de su vida como excesivamente desequilibradas o en el sentido de una pérdida de protección por parte de las figuras a la cuales atribuye funciones de “base segura” o en términos de limitación excesiva de la propia libertad personal. Situaciones típicas de descompensación son, en efecto, acontecimientos como la decisión de formalizar a través del matrimonio una relación afectiva (que implica la separación de las figuras originarias de apego y la decisión de una situación -el matrimonio- que puede ser vivida como constrictiva), el nacimiento de un hijo, el reconocimiento o el simple temor de una crisis conyugal, cualquier situación de separación, etc. En estos contextos, las habituales estrategias de compensación pueden resultar inadecuadas y la sintomatología que emerge puede servir para intentar restablecer un relativo equilibrio aunque a costa de un elevado sufrimiento emocional.

Para poner un ejemplo, consideremos un paciente de sexo masculino, casado desde hace algunos años que relata la aparición repentina de “ataques de pánico” que le impiden salir de casa, ir o volver del trabajo, si no es acompañado de su mujer. La aparición de síntomas resulta inexplicable para el paciente desde el momento que en aquel período no ha sucedido, a su parecer, nada negativo. En el trabajo en los últimos tiempos, había hecho amistad con una colega con quien pasaba la hora de la comida; en algunos momentos había pensado en ella como una posible alternativa afectiva. El desarrollo de la terapia confirmaría posteriormente que la génesis de la sintomatología podía relacionarse con este suceso; las emociones vividas dentro de esta interacción ponían en entredicho la estabilidad de la propia relación conyugal. Hecho que, previéndose nuevas experiencias y emociones incontrolables, podía

alterar el equilibrio definido con anterioridad. La aparición de la sintomatología inhibía, al mismo tiempo, la posibilidad de alejarse de su pareja y de aproximarse a la colega y de reconocer las emociones que ésta le suscitaba, lo cual permitía restablecer un control sobre toda la situación y, a la vez, confería de nuevo un equilibrio interno.

Este ejemplo, aunque es uno de los muchos posibles, representa de modo paradigmático la función que los síntomas pueden desempeñar en la recuperación de un equilibrio sistémico. Obviamente, de este modo, los mecanismos de control determinan, además de un elevado sufrimiento emocional, también un empeoramiento de la paradoja inicial, en la medida en que acaban confirmando posteriormente la percepción de debilidad, dependencia y necesidad de protección, activando nuevas sensaciones de ansiedad, comportamientos de evitación y demandas de proximidad de la pareja.

## **MANIFESTACIONES CLINICAS Y ESTRATEGIA TERAPEUTICA**

Según nuestra experiencia, son dos las tipologías de pacientes agorafóbicos que solicitan una ayuda psicoterapéutica. La primera (que usa mayormente el esquema de la debilidad en la construcción de las propias experiencias) viene representada por aquellos pacientes que presentan de manera evidente la típica sintomatología de los “ataques de pánico”, que se quejan de una constante dificultad de alejarse de casa sin ser acompañados por personas de confianza, que no consiguen ir a los lugares típicamente más temidos (grandes almacenes, restaurantes, cines, medios públicos de transporte, etc.) y que, en casos más graves, no son capaces de quedarse solos ni siquiera en su propia habitación.

La segunda tipología (que adopta preferentemente el esquema de la constricción) puede presentar esta misma sintomatología de manera más vaga y fluctuante; la capacidad/incapacidad de movimiento puede variar significativamente de un día a otro “simplemente” en relación al estado de ánimo momentáneo; el temor a alejarse, que puede estar siempre presente, se mantiene bajo control -aunque a costa de miedos y ansiedades elevadas- a través de un mecanismo de autoimposición. Mientras la primera tipología se encuentra con mayor facilidad entre mujeres, a menudo, en el segundo grupo, encontramos pacientes de sexo masculino que desempeñan (paradójicamente, en apariencia) actividades profesionales caracterizadas por una extrema “libertad”: viajantes de comercio, inspectores de ventas, managers empresariales, vendedores ambulantes, etc. Evidentemente se trata de sujetos con una organización personal agorafóbica que han estructurado una capacidad de utilizar sus mecanismos de compensación activando, de modo particularmente eficiente, un férreo autocontrol sobre sus propias reacciones internas; control que entra en crisis sólo en algunos momentos determinando la aparición de la ansiedad y del temor a la crisis de pánico. Su capacidad de moverse, de viajar, conducir el coche, etc. puede inesperadamente venir a menos en

momentos aparentemente inexplicables. Por ejemplo, de repente, durante una reunión de administración, en la autopista yendo a visitar un cliente, en el aeropuerto esperando la salida, advierten típicas alteraciones fisiológicas (arritmia, taquicardia, sudoración fría, sensación de falta de aire, etc.) que los ponen en alarma activando el circuito del miedo del miedo; situaciones que se atemperan momentáneamente con la toma de psicofármacos -que además de su efecto específico tienen un efecto tranquilizante inmediato, funcionando como placebo- o bien realizando conductas evitativas como por ejemplo ir a visitar al cliente más próximo con cualquier excusa simplemente para encontrarse al lado de personas más o menos familiares.

Esta distinción entre las dos tipologías de pacientes es relevante para poder determinar la estrategia terapéutica ya que sólo con el primer tipo tiene sentido conducir, al inicio del tratamiento, una intervención encaminada a la reducción de los síntomas. Con el segundo grupo, la modificación de los síntomas no es posible por su discontinuidad y por tanto es necesario empezar a trabajar directamente en términos de significados.

Aparentemente la gravedad de la descompensación de los sujetos pertenecientes a este segundo grupo parece ser inferior. Desde el punto de vista de la adaptación social, éstos se ven, en efecto, mucho menos limitados: a diferencia de aquellos que con la aparición de la sintomatología modifican radicalmente su propia vida, las restricciones que éstos construyen parecen de poca relevancia. Sin embargo, en general, resulta más difícil obtener con estos pacientes un cambio estructural, precisamente debido a su tendencia a actualizar los esquemas de construcción/control, incluso en el contexto terapéutico, haciendo más difícil la realización de una buena colaboración terapéutica.

## **EL TRATAMIENTO EN LA FASE INICIAL: LA MODIFICACIÓN SINTOMÁTICA**

En los casos pertenecientes a la primera tipología, la primera fase del tratamiento se orienta preferentemente a una reducción de la intensidad de la sintomatología. Este resultado se obtiene habitualmente en algunos meses de terapia, utilizando -con las adaptaciones oportunas- una metodología de tipo conductual como “la inmersión gradual en las situaciones ansiógenas”. La adopción de un procedimiento conductual en un contexto psicoterapéutico cognitivista puede efectuarse, a nuestro parecer, sólo a condición de que se adapte a los presupuestos teóricos de base de tal enfoque y, por tanto, no introduzca contradicciones en la estrategia global del tratamiento. La intervención debe mantenerse en una estrecha coherencia interna respecto a los diferentes procedimientos adoptados y respecto al estilo de relación terapéutica; en efecto, podría ser contraproducente proponerse una mejora sintomática si esto nos hiciera correr el riesgo de validar aquellos esquemas cognoscitivos del paciente que suponemos que son responsables, en mayor grado, de sus procesos de descompensación.

El procedimiento conductual clásico se basa en el principio de extinción de la ansiedad, exponiendo gradualmente al paciente a las situaciones fóbicas y preveyendo cualquier respuesta de evitación o fuga. El terapeuta conductual construye junto con el paciente una jerarquía de situaciones ansiógenas y lo empuja a afrontarlas gradualmente (comenzando por las primeras de la jerarquía); el paciente debe conseguir realizar las conductas previstas y repetirlas hasta que la ansiedad tienda a disminuir. En consecuencia, la tarea se plantea cada vez más difícil pasando a situaciones jerárquicamente más ansiógenas. Este procedimiento implica, por tanto, forzar ligeramente al paciente a afrontar tareas gradualmente más difíciles y una directividad del terapeuta que, aunque sea con el consenso del paciente, establece cada vez cuáles deberán ser las cosas que él “necesariamente” deberá hacer. El riesgo, considerando las características de la organización agorafóbica descrita en el párrafo precedente, es el de inducir a una posterior validación del esquema de dependencia o bien del de constricción. El primero puede ser reforzado por el hecho que es el terapeuta -persona experta a la cual el paciente se confía- quien define aquello que debe hacerse para estar mejor; el segundo por la demanda de esforzarse en afrontar situaciones, demanda que se puede construir fácilmente como una constricción externa o como una invitación a auto-constreñirse y auto-controlarse. En este sentido, se estaría ratificando la paradoja implícita en los mecanismos de compensación, definiendo el control y la autoconstricción como único modo para vencer la propia debilidad y para adquirir autonomía.

Esta contradicción puede eliminarse introduciendo algunas modificaciones básicas en el procedimiento antes descrito. En primer lugar, debe ser el paciente, y no el terapeuta, quien elija cada vez -de forma totalmente autónoma- las situaciones que considera oportuno intentar hacer frente, mientras que éste último debe solamente prestar atención al hecho que los objetivos definidos no sean demasiado elevados. Además, y todavía más importante, las tareas deben establecerse en términos de máximos y mínimos; no en términos de “en los próximos días tendré que hacer al menos...”, sino “en los próximos días intentaré afrontar... pero en absoluto no tengo que imponerme alcanzar necesariamente la meta, ni, por supuesto, no tengo que proponerme ir más allá de cuanto he programado”. Cualquiera que sean los objetivos que el paciente se proponga, el objetivo no viene representado, tanto por su logro efectivo, sino por el hecho de conseguir construir la situación como ni auto, ni hetero-constrictiva; que consiga enfrentarse a sus propias decisiones en completa libertad estableciendo, a cada momento, si es oportuno o no continuar con la tarea, suspendiéndola o renunciando a ella en función de las sensaciones o de las emociones que está sintiendo.

La atención se desplaza, pues, hacia la autonomía del proceso decisional, sobre la congruencia entre lo que se siente y lo que se decide hacer y, por tanto, sobre la capacidad de prestar atención a las propias sensaciones internas (no sólo en términos de modificaciones fisiológicas), para utilizarlas como parámetros en la

decisión. La eficacia en el procedimiento, así reestructurado, es interpretable sólo, de manera marginal, en base al principio de la extinción de la ansiedad. El objetivo central es crear las condiciones que faciliten en el paciente no sólo un aumento de sus capacidades de exploración del ambiente sino sobretodo el inicio de una construcción diferente del sí-mismo. En efecto, es importante conseguir no sólo construirse como persona capaz de explorar sino que, al mismo tiempo, comience a percibirse como persona capaz de decidir cómo y cuándo hacerlo en función de criterios personales y no de peticiones de otros (por ejemplo, del terapeuta).

Generalmente con una intervención estructurada de este modo se consigue, en el espacio de pocos meses, una reducción significativa de la sintomatología. Se puede hablar de reducción y no de desaparición total ya que, aunque el paciente adquiere una notable autonomía de movimiento en los lugares antes temidos, continúa normalmente viviéndolos como potencialmente peligrosos; peligrosidad que, a menudo, se expresa con frases del tipo “aunque hoy soy capaz de salir solo y coger el autobús, nada me garantiza que no pueda sentirme mal otra vez y me desmaye”. La modificación de la percepción de sí mismo en la dirección antes mencionada, sólo puede activarse, pero no alcanzarse realmente con un procedimiento de este tipo. Si el proceso de cambio se detuviera en este punto, la probabilidad de que nuevas situaciones de descompensación conduzcan a un reaparición de la sintomatología sería bastante elevada.

Frecuentemente, un efecto secundario inducido por estos primeros cambios y por las sensaciones en aumento de autonomía es una modificación de las relaciones interpersonales, las cuales pueden fácilmente entrar en crisis. Más a menudo, es el equilibrio familiar o conyugal el que se altera con la aparición de conflictos antes latentes y con la manifestación, por parte del paciente, de sensaciones de constricción y conductas de rebelión. Esto permite empezar a trabajar más directamente sobre las problemáticas que estaban encubiertas por la sintomatología, activando procesos de cambio más profundos.

## **LA LECTURA DE LAS EMOCIONES Y DE LAS MODALIDADES PERSONALES DE CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

Al inicio de la terapia la única emoción que la mayor parte de los pacientes agorafóbicos es capaz de expresar es la ansiedad. La ansiedad puede estar ligada a lugares, a las situaciones temidas y a los síntomas o bien puede ser difusa, invadir los días enteros, aparecer misteriosa y desligada de cualquier suceso ambiental y ser construida, por tanto, como dependiente de un propio y genérico desequilibrio interno (en términos de “debilidad”, “enfermedad” o “locura”). Como hemos dicho antes, la necesidad de controlar que caracteriza estos pacientes no sólo se aplica a los hechos o a las situaciones externas, sino también a los propios estados emocionales, impidiendo su expresión y, por tanto, su correcta interpretación. Esta incapacidad de las propias emociones se acompaña obviamente de una dificultad de



relacionar el “cómo me siento” con “qué me ha sucedido”.

El trabajo terapéutico deberá ir, entonces, orientado desde el principio a favorecer y desarrollar las capacidades del paciente de lectura de sus propios estados internos, de manera que sea cada vez más consciente de sus reacciones emocionales y de sus peculiares modalidades de construcción de la experiencia. Esto es verdad, especialmente, para aquellos cuyo tratamiento sintomático resulta inviable por su capacidad de llevar a cabo una gran parte de las conductas de alejamiento, aunque sea con elevados costes internos de auto-imposiciones o auto-controles. Pero el mismo tipo de intervención se puede utilizar, de todas maneras, también con los pacientes con quienes se ha iniciado un tratamiento sintomático. Un trabajo directo de lectura de las propias modalidades constructivas de la realidad interna y externa resulta posible (y tiene efectos sinérgicos con el tratamiento sintomático) tan pronto como se hayan obtenido los primeros resultados en términos de modificación de las capacidades exploratorias; gracias a la ampliación de los límites del propio espacio vital, la atención del paciente, que antes estaba totalmente centrada sobre los propios síntomas, puede ahora dirigirse a otras direcciones.

En un primer momento, puede ser oportuno inducir al paciente a reflexionar sobre sus reacciones emocionales para ayudarlo a reconocer y discriminar las diferentes emociones que está experimentando, diferenciándolas de la ansiedad; esto se puede hacer bien a través de la utilización del canal verbal, bien proponiéndole revivir imaginariamente -en el contexto de la terapia- episodios de vida reciente emocionalmente significativos. A continuación el trabajo terapéutico puede orientarse a ayudar al paciente a relacionar sus reacciones internas con los episodios de vida; aquella ansiedad que antes aparecía como misteriosa e inmotivada puede así conectarse con hechos externos o internos y leerse en términos de una propia y peculiar modalidad de construcción de la experiencia. A causa de los mecanismos de control, de los cuales hemos hablado ampliamente, es frecuente que entre el hecho y la reacción de ansiedad que el paciente advierte exista un corte temporal que hace difícil una reconstrucción de aquello que puede haber sucedido internamente. Por ejemplo, una secuencia típica puede ser: peleas con la pareja, control y reconocimiento de las propias reacciones emocionales, percepción de la alteración de algunos parámetros fisiológicos (algunas horas después o incluso al día siguiente), miedo/ansiedad frente a estas modificaciones, atribución de éstas o de la propia ansiedad a una debilidad física (“enfermedad”) o mental (“locura”).

Una tarea de auto-observación, en la que se pida al paciente que registre por escrito qué cosas significativas han sucedido en un cierto intervalo temporal, tanto en el plano de los hechos, como en el de las emociones puede servir para dar significado a lo que aparentemente resultaba inexplicable y para identificar los esquemas personales reactivos que se activan habitualmente en la construcción de las propias experiencias. El paciente puede conseguir reconocer, al menos en un primer nivel, los procesos que activa y sus modalidades de funcionamiento.



Esta fase de la terapia reclama más tiempo que la del tratamiento sintomático y en ella es posible identificar niveles diferentes y sucesivos de profundización. En un primer momento, se puede solicitar al paciente que preste atención y reconozca sus peculiares modalidades de construcción de la experiencia, aprendiendo a determinar cuáles son los esquemas de conocimiento que utiliza de modo automático. A continuación, es posible, de manera gradual, y a través del recurso al método mayéutico -yendo a la búsqueda de niveles más elevados de coherencia integrativa del sistema cognoscitivo- trabajar para descubrir los esquemas inconscientes que resultan más fácilmente verbalizables en la medida en que son constituyentes de la estructura de conocimiento teórico.

En consecuencia, el recurso a procedimientos imaginativos -como el trabajo sobre sueños- puede facilitar el proceso de reconstrucción y toma de consciencia de aquellas estructuras inconscientes que pertenecen en su mayoría al conocimiento emocional (Cionini, 1991a).

### **LA CONSTRUCCIÓN DEL SI-MISMO COMO PERSONA AUTÓNOMA**

La fase final del proceso terapéutico, distinguible de la anterior sólo a nivel teórico, finaliza por parte del paciente con el logro de una construcción diferente del sí-mismo, en particular, respecto a las polaridades centrales de la organización: la debilidad, la constricción y el control como necesidad ineludible. En la práctica, las interconexiones entre la que puede ser definida como segunda fase y esta tercera son notables, en el sentido que habitualmente sucede que se trabaja sobre un plano, para después volver sobre otro, para después volver una vez más sobre el anterior; todo esto siempre en función del proceso de cambio que se está dando en aquel determinado momento del proceso terapéutico.

Es necesario, de todas formas, que el paciente consiga construir el sentido de la propia historia de apego de manera que pueda comprender cuáles pueden haber sido los hechos y los procesos que lo han conducido a estructurar la imagen de sí-mismo en los términos antes citados. En este caso, nos encontramos con estructuras y procesos básicamente emocionales y no conscientes que deben ser reconstruidos sobre el plano de la consciencia a través de metodologías terapéuticas adecuadas.

Mientras los procedimientos mayéuticos pueden ser útiles para llevar al paciente a tomar consciencia (reconstruyéndola inferencialmente) de sus conocimientos inconscientes almacenados en la memoria en términos proposicionales, el proceso de reconstrucción de conocimientos inconscientes codificados no proposicionalmente (como los procedimentales, imaginativos, emocionales) precisan la utilización de diversas técnicas que no impliquen un recurso directo al canal verbal (el cual, por otra parte, está más fácilmente sujeto al control de los procesos inhibitorios de la consciencia) (Cionini, 1991b). Es difícil, por ejemplo, reconstruir y/o modificar un conocimiento emocional trabajando exclusivamente sobre el plano verbal, ya que, al actuar de este modo, nuestro trabajo sólo abarcaría la teoría

que el paciente tiene sobre ese conocimiento, no sobre la emoción misma; la toma de consciencia se da, en este caso, más fácilmente a través de un tipo de intervención que permita desde el primer momento sentir y revivir directamente las emociones en el “aquí y ahora” del setting, activando pues -pero sólo en un segundo momento- el intento de la traducción de éstas en términos verbales.

Las técnicas que se pueden utilizar para alcanzar estos objetivos pertenecen preponderantemente a dos ámbitos: la utilización de la relación terapéutica como instrumento de cambio y el recurso a algunos procedimientos imaginativos dentro de determinados criterios. La imaginación libre, a partir de situaciones de vida real, de situaciones hipotéticas que el paciente teme o de situaciones puramente imaginarias -en la medida que es un lenguaje analógico rico en simbolismos personales- puede ser utilizada para mediar el contacto del paciente con sus conocimientos emocionales. Las imágenes están, a menudo, cargadas de valencias emocionales que pueden no ser inmediatamente decodificables y expresables en palabras, pero sí ser directamente perceptibles en términos de sensaciones.

La producción imaginativa puede facilitarse a través de algunas modificaciones físicas del setting (por ejemplo, la eliminación de la posición frontal entre paciente y terapeuta, la utilización de un sillón reclinable y de un ligero estado de relajación) que conduzcan a una disminución de los mecanismos generales de control y, en consecuencia, de los efectos inhibitorios de la atención consciente. Sugiriendo una suspensión de los procesos lógico-rationales a favor de otros más laxos, analógicos y asociativos, se puede pedir al paciente que intente no razonar sobre su producción mental, prestando simplemente atención a las propias señales internas, intentado recuperar las imágenes, las sensaciones, las emociones y los pensamientos tal como tienden a emerger espontáneamente en asociación a los temas específicos propuestos. La producción imaginativa así recuperada se convierte entonces en el objeto del trabajo terapéutico. Las señales y los símbolos generados deben ser posteriormente sometidos a un proceso de interpretación que conduzca a hipótesis sobre su posible significado. La interpretación, obviamente, deberá efectuarse desde la completa autonomía del paciente ya que el sentido de cualquier símbolo es fundamentalmente personal y idiosincrático.

El otro instrumento de cambio que se puede utilizar en esta fase de la terapia es, como se ha dicho, la relación terapéutica. Como afirma Bowlby (1988), en la vida adulta los individuos tienden a utilizar de nuevo los propios esquemas originarios de apego en todas las relaciones afectivamente relevantes y esto vale indudablemente también para la relación terapéutica. Una vez ésta se ha estructurado de manera estable y significativa, la figura del terapeuta se ve investida de todas aquellas expectativas positivas y negativas que forman parte de la experiencia afectiva primaria del paciente. Consecuentemente la toma de consciencia de las características de los propios esquemas de apego puede activarse, en el contexto del setting terapéutico, mediante una lectura de las emociones que el paciente está

viviendo y un análisis de las comunicaciones explícitas e implícitas, de las actitudes y de las demandas que efectúa en su relación con el terapeuta.

A la luz de estos nuevos conocimientos adquiridos sobre sí mismo, se puede animar al paciente a reconsiderar sus recuerdos infantiles, a reconstruir las experiencias afectivas con las figuras de apego y a comprender cuáles pueden haber sido los procesos que lo han inducido gradualmente a construir aquellos esquemas del Si-mismo que conectan con el actual malestar emocional. Desde esta relectura, puede hacerse evidente también cómo tales esquemas, aun habiendo desempeñado una función apropiada y heurísticamente útil para anticipar acontecimientos de su experiencia de vida pasada (por ejemplo, en situaciones altamente coercitivas establecidas por sus padres), pueden resultar inadecuados y anacrónicos en la actualidad.

La relación terapéutica puede utilizarse, por tanto, en función de un cambio en la medida en que en su interior, el paciente puede experimentar estilos diferentes de relación afectiva que impliquen una falsación de las expectativas estereotipadas en relación a los demás.

La secuencia terapéutica hasta aquí trazada -que requiere un cierto tiempo- no es seguida por todos los pacientes agorafóbicos que llevan a cabo una psicoterapia. Algunos, en efecto, prefieren ponerse objetivos de cambio más limitados e interrumpir el trabajo tan pronto como la sintomatología se haya reducido notablemente o bien a niveles de cambio más limitado respecto a los que sería posible alcanzar en teoría; niveles, estos últimos, que requieren, sin embargo, el compromiso -y también el sufrimiento- que es típico de cualquier “revolución personal”.

---

*En el presente artículo se presenta un modelo de intervención psicoterapéutica con pacientes agorafóbicos. Después de analizar brevemente las características de los esquemas y de los procesos de compensación y descompensación, típicos de un sistema cognitivo organizado en sentido fóbico, se describen las diferencias entre dos tipologías de pacientes agorafóbicos que sugieren una diversa modalidad de aproximación al tratamiento. Se definen, entonces, los criterios estratégicos generales de intervención psicoterapéutica, se describen las fases en las cuales ésta se puede articular y se analizan algunas técnicas que se pueden utilizar en cada una de ellas.*

Traducción: Empar Torres Aixalà

## Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Il trattamento dei disturbi agorafobici in un’ottica costruttivista” en *Psicobiiettivo*, 11, pp. 15-24, 1991 . Agradecemos el permiso para su publicación.

## Referencias Bibliográficas

- AINSWORTH, M.D.S. (1985). I. Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development; II. Attachment across life span. *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61, 771-791, 792-812.
- BOWLBY, J. (1973). *Separation: anxiety and anger*. London: Hogarth
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge.
- CIONINI, L. (1991a). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- CIONINI, L. (1991b). La presa di coscienza e le emozioni. In Magri & F. Mancini (a cura di), *Conoscenza delle emozioni*. Roma: Editori Reuniti.
- GUIDANO, V.F. (1988). *La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Torino: Boringhieri.
- GUIDANO, V.F., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- LIOTTI, G. (1990). Insecure attachment and agoraphobia. In C.M. Parkes & J. Marris (Eds.), *Attachment through the life span*. London: Routledge.
- LORENZINI, R., & SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura: un modello clinico delle fobie*. Roma: La Nuova Italia Scientifica