

Psinapsis

Donde habitan las ideas



• instituto
• europeo de psicoterapias
• de tiempo limitado
ieptl



Terapia de Interacción Recíproca

Nº 1 Septiembre 2011

Psinapsis

R E V I S T A

Edita: Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado

C/ Mesones 2, 3ªA Talavera de la Reina 45600

Redacción y Administración: Roberto Aguado

Diseño y Maquetación: Iván Arenas

Depósito Legal: M-4534-2011 / ISSN 53453-1223

BIENVENIDOS A NUESTRA NUEVA AVENTURA

Con este primer número de nuestra revista, pretendemos abrir nuevos caminos para la difusión y la investigación dentro de nuestra disciplina. Trabajamos con las ideas, por eso queremos crear este espacio para que puedan habitar y desarrollarse.

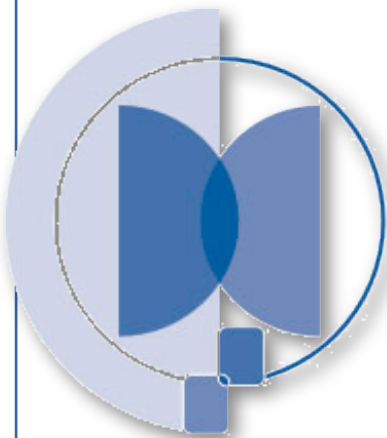
Psi, la letra que es el símbolo de la psicología simboliza al mismo tiempo a Psiqué y a una mariposa con las alas desplegadas.

Apuleyo narra la historia de Psique y Eros, representación de la unión entre lo espiritual y lo físico. Eros se enamora de la bella mortal Psique, pero por miedo a los celos de su madre Afrodita han de vivir su romance en la oscuridad, sin que ella vea nunca su

rostro ni conozca su identidad de Dios. El contemplar con una lámpara la cara de Eros es lo que desencadena una serie de desgracias que se resolverán con un proceso iniciático (con bajada al Hades incluida) que concluirá con la apertura de un cofre prohibido (insaciable la curiosidad de nuestra Psique) y la consecución de la inmortalidad y deificación de Psique.

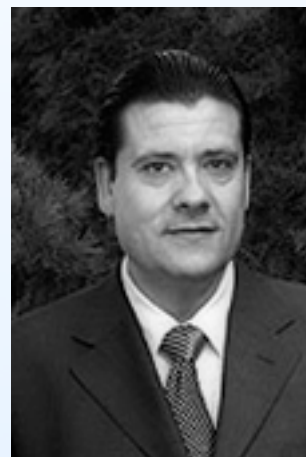
Sirva esta historia para ejemplificar nuestro deseo de abrir todas las cajas

secretas y unir lo que nunca debió estar separado.



• instituto
• europeo de psicoterapias
• de tiempo limitado
ieptl

*"Sólo podemos realizar
aquellos que hemos
imaginado haber
realizado"*



Roberto Aguado
Presidente del IEPTL

“La emoción decide y la razón justifica”

Roberto Aguado. Presidente del IEPTL

INTRODUCCIÓN

Psicoterapia es el arte con el que conseguimos darnos cuenta del permanente dialogo con nuestra biografía. Por lo tanto la enfermedad hay que contemplarla en función de la trayectoria de una vida.

Roberto Aguado.

Es cada día más interesante en el trabajo del psicólogo clínico o el psicoterapeuta, indagar sobre aquellos acontecimientos que suceden en la relación entre el paciente y el terapeuta. Somos conscientes que se ha estudiado suficiente todas las variables que influyen en el ser humano para que pase de un estado de salud a un estado de enfermedad. También hemos estudiado suficientemente todo lo que ocurre en la mente del psicoterapeuta mientras esta realizando su labor, sabemos de sus ansiedades, de sus dificultades ante situaciones que él no tiene resueltas, incluso sabemos de aquello que puede proyectar o puede determinar sus decisiones. Sin embargo poco sabemos y menos se ha investigado sobre las verdaderas conexiones que se establecen en la propia relación entre el terapeuta y el paciente, y si en ellas se pueden encontrar las propias explicaciones de las soluciones que se producen. En definitiva nos interesa saber si en la relación terapeuta-paciente, por si sola hay determinantes para desarrollar la solución o el empeoramiento del sufrimiento del paciente. Y por supuesto nos

interesa saber si también esta relación puede mejorar o empeorar al propio terapeuta en su salud mental.

Son muchos años los que llevamos estudiando el vínculo relacional como uno de los espacios más interesantes en el cambio terapéutico. La **Terapia de Interacción Recíproca** es una terapia que entiende que el vínculo es uno de esos espacios mágicos donde se puede y se debe intervenir en la psicopatológica general y en la clínica sexual en particular.

Pensamos que las relaciones con las primeras personas referenciales son cruciales para el sosiego del sustrato biológico y neurológico que nos proporciona la sensación como mamíferos de seguridad o de peligro. Entendemos que un cerebro emocional codificado en peligro, no solo gobierna la totalidad del sistema global, sino que en estas condiciones la enfermedad es una expresión necesaria dentro de una dinámica de aviso y comunicación sobre la inmediatez de un cambio que ayude a mantener una mejor manera de interacción con el exterior y el interior del psiquismo que esta en conflicto.

Todas nuestras representaciones, cogniciones, conductas o emociones, se pueden entender en clave de memorias, y estas memorias gobiernan no solo en el presente, sino que nos abren los senderos del futuro y determinan nuestra experiencia en el pasado. Estas memorias necesitan para grabarse caldos de cultivos propicios, y después de mucho investigar y observar, tanto neurólogos, como biólogos y psicólogos hemos llegado a la conclusión de que los condimentos de este guiso son:

- Un estado mental determinado. Que para que se produzca debe contener una biología y una activación específica.
- Un ambiente suficientemente ligado a componentes de seguridad-peligro para el sistema que memoriza.

Los vínculos son puntos de cruce, lugares en los que confluyen varias coordenadas de un mismo sistema. En estos puntos de cruce está lo crucial, lo esencial. Cuando nacemos lo esencial es poder vincularse, sino lo hiciéramos moriríamos. Nuestro cerebro emocional está diseñado para que se produzca un vínculo con nuestras personas referenciales. Ser querido y alimentado es la plataforma necesaria para sobrevivir. Cuando nuestro cerebro límbico puede identificar que se están realizando las necesidades afectivas básicas, certifica que podremos sobrevivir, y esto da equilibrio al sistema. Es aquí donde se consigue el estado mental al que nos referíamos anteriormente, en este momento la biología subyacente consigue un clima de seguridad y de bienestar.

Los nutrientes, no solo podemos entenderlos como alimentos en forma de comida, también son nutrientes, el cariño que nos certifica que vamos a seguir recibiendo, y que nos permiten seguir a nivel biológico percibiendo lo que ya existe a nivel emocional. Por lo tanto el cariño determina la seguridad biológica y existencial, mientras que la comida asegura la vida en nuestro organismo. Si los vínculos no se producen entre los referentes y el nacido, aunque se de comida y se intente el cariño, la relación vincular no fluye, en ese momento aparece la emergencia, como un punto de cruce que está en crisis desarticulando la homeostasis global.

De esta forma Renn concluye que cuando nos encontramos con traumas acumulativos en las relaciones, éstos van a terminar por producir un impacto en la maduración del

sistema orbito-frontal y generar una permanente falta de regulación en los estados de miedo. Los trabajos de Lyons-Ruth y Jacobvitz relacionan el apego desorganizado con una predisposición a la violencia en las relaciones personales, a padecer estados disociativos y trastornos de conducta en niños y adolescentes, así como a desarrollar un en la vida adulta el denominado trastorno borderline de la personalidad.

Si tuviera qué definir al ser humano desde una posición de psicólogo clínico, lo haría resaltando su universo vincular, de tal forma que el conjunto de los vínculos con el que nos relacionamos, podría ser una de las aproximaciones más cercanas a lo que realmente somos, y lo que es más importante, cómo nos comportaremos. La forma en que nos relacionamos y nos vinculamos, tanto con nosotros mismos, con quien nos rodea y por supuesto con el ambiente en el que convivimos, es uno de los indicadores de nuestra forma de proceder, sentir y pensar. Aquel que tenga menguado su universo vincular, se sentirá sólo, roto, abandonado, cuándo no indefenso.

Por lo tanto los vínculos, que son puntos de cruce, son lo crucial, lo importante, lo que nos define, y sobre todo lo que nos hace ser cómo somos, para lo bueno o para lo malo. Lo crucial y lo esencial están muy cerca, para descubrir nuestra esencia, tenemos que saber cuáles son nuestros puntos cruciales, en ellos encontraremos nuestra debilidad y también nuestra fortaleza. De hecho cuándo se produce el desgarramiento o la pérdida de uno de estos vínculos es muy probable que se produzca, lo que en los modelos dinámicos denominan, emergente, es decir, uno de estos vínculos rotos es fundamental para el mantenimiento de la red global, y por lo tanto si sufre algún daño, se produce un emergente en forma de motivo de consulta o de ataque de pánico, tristeza o dolor, y eso es la emergencia. La emergencia aparece cuándo

un punto de cruce está en crisis y este desequilibra la homeostasis de la trama vital.

En Terapia de Interacción Recíproca sabemos bien que estos enlaces o vínculos tempranos no sólo nos dan climas de seguridad o de inseguridad, de dependencia o independencia, y sobre todo de simbiosis o autonomía, sino que son además las bases en las que nos apoyaremos permanentemente a lo largo de nuestra vida.

El vínculo que se establece entre dos mamíferos, en el que uno de ellos es identificado como autoridad, es casi siempre un vínculo que produce seguridad, ese tipo de vínculos se consigue en psicoterapia, y desde esa opción, el terapeuta es capaz de conseguir cambiar las memorias emocionales, los vínculos, y las relaciones con los personajes básicos, de la vida del sujeto, y de esta forma liberarle de la amenaza constante y sobre todo del intento voluntario para conseguir el control.

En cada emergencia se tiene una gran oportunidad para hacer una crisis, por lo tanto no debemos dejar que las crisis sean sólo momentos para pasarlo mal, y de este modo un recuerdo de que eres incapaz, en cada una de las crisis que tengas en tu vida, tienes la oportunidad de renacer, y por qué no, de sacar de ti aquello que te sobra.

La clínica sexual ocurre cuándo nuestros vínculos están afectados, sobre todo los vínculos que establecemos con nosotros mismos y nuestra capacidad de afrontar cada uno de los escalones de nuestra vida evolutiva. Es un error quedarse en el intento de solución de la disfunción, del displacer o del trastorno sexual solo desde la emergencia o síntoma, ya que este sólo nos avisa, es cómo el cartero que nos trae la correspondencia, nuestra energía debería dirigirse a averiguar que vínculo dentro de nuestra red global se encuentra

excesivamente presionado o a punto de romperse.

Para ejemplificar toda esta dinámica, nos sirve la clásica explicación que podemos imaginar, si al abrir el embozo de nuestra cama encontramos una serpiente, en ese momento mucho antes de poder interpretar la situación tendríamos todos los desencadenantes antes mencionados, hasta que nuestro cerebro intelectual-cognitivo se da cuenta de que esa serpiente es de plástico, cuándo esto sucede, tanto el hipocampo como el lóbulo orbital frontal interpretan la situación como no peligrosa y consiguen activar toda la respuesta de conservación de energía, y de esta forma desactivan la parte del sistema límbico que se había preparado para la activación de gasto energético ante una situación de amenaza.

El inconveniente es que hay cerebros que esta interpretación no tienen oportunidad de poder realizarla, es decir no tienen la capacidad de poder realizar una reorganización de la situación, ya que los circuitos corticales e hipocámpicos quedan bloqueados ante la situación de amenaza. Esta forma de proceder es propia de un sistema de seguridad ante peligros vitales, en los que no se pierde tiempo en interpretar ya que es necesaria una respuesta de supervivencia – y en consecuencia no se tiene la capacidad de poder inhibir el engatillamiento de la química del pánico. Esta forma de proceder es fantástica cuándo estamos ante peligros reales, en los que nuestra vida corre peligro, pero es verdaderamente nefasta cuándo nos encontramos ante situaciones que el cerebro, de aquel que tiene un trastorno sexual, identifica situaciones para el resto de los mortales normales, cómo de extrema peligrosidad, impidiendo que la razón, la inteligencia, el sentido común, la lógica analítica-formal (y por lo tanto las estructuras neurológicas que las sustentan) puedan

cambiar la situación de amenaza por normalidad. De tal manera que el cerebro del paciente con patología sexual en numerosas ocasiones es un cerebro secuestrado por el programa de seguridad para situaciones terroríficas, impidiendo que se produzca una interpretación racional de la situación y respondiendo cómo si algo verdaderamente peligroso se estuviera viviendo.

Todo este estudio respecto a lo que ocurre en una situación de activación nos proporciona tres informaciones trascendentales para el tratamiento y la tecnología a emplear para que la terapia sexual sea no solo eficaz, también válida para la integración vital del sujeto que la padece:

- El cerebro ante una situación de disfunción sexual está gobernado y funciona de forma completamente distinta, tanto desde el punto de vista neurofisiológico como psicológico, si es un cerebro que no consigue una respuesta sexual adecuada, a si es un cerebro que no padece este desorden. Es decir, el cerebro que tiene miedo al miedo incapacita el control cognitivo, mientras que el cerebro que vive el miedo, pero no tiene miedo al miedo, es capaz de controlar desde la razón la respuesta emocional. Por lo tanto en cuanto al manejo del miedo son dos cerebros completamente distintos.

- Las estructuras superiores, en el cerebro que tiene miedo al miedo, están incapacitadas para poder reconstruir la situación, y curiosamente emplear en este tipo de cerebro la reestructuración cognitiva, es una metodología útil para un número de sujetos, más o menos el 65 %, pero no para todos, ya que hay un porcentaje elevado – 35 % -a los en la que esta tecnología no sólo no les mejora, sino que en muchos casos les somete en una indefensión terapéutica. Este 35 % corresponden a todos los que,

en el proceso terapéutico, han sido incapaces de restablecer desde el neocórtex un control del sistema límbico.

- La solución, en la mayoría de estos cerebros, debemos encontrarla en la primera interpretación cerebral (emocional) y no tanto en la segunda interpretación (intelectual o cognitiva). Es decir si tenemos una borrasca podemos poner diques al mar (emplear la razón para combatir la emoción descontrolada del miedo), pero sí a lo que nos enfrentamos es a un tsunami, entonces lo único que podemos hacer es apaciguar el mar, ya que por muchos diques que pongamos no serán suficientes. Pero ¿Cómo apaciguamos el mar?, más adelante lo explicaremos y para ello emplearemos un programa que nos ayude a sobrevivir.

Estas conclusiones tienen una importancia sublime para la intervención ante el miedo a tener miedo, ya que aunque toda la comunidad científica esté de acuerdo en las premisas anteriormente expuestas, sin embargo, es habitual, por no decir global, la creencia científica de que la forma en que hay que resolver este cortacircuito neurológico entre el sistema límbico y el sistema neocortical, es enseñando al sujeto a realizar la interpretación cognitiva de la situación a través de la psicoterapia. Cuando se aplican tecnologías terapéuticas de esta características, realmente a nivel neurofisiológico, lo que se hace es conseguir que el cerebro cortical sea capaz de poder intervenir en el proceso, reestructurando la respuesta del sujeto desde el sentido común y el aprendizaje de que en estas situaciones no hay nada que temer, y de esta forma el sujeto sea capaz de identificar la normalidad del estímulo y por lo tanto pueda inhibir la respuesta de pánico por otra de tranquilidad (desensibilización). Tal como hemos referido anteriormente esta forma de intervención no

es eficaz para todos los pacientes y la realidad clínica nos indica qué, cerca del 35 % de sujetos que padecen este trastorno no son capaces de salir de la cárcel psicológica en la que se encuentran, con estos procedimientos, ya que su cerebro límbico impide que puedan retomar desde la razón el control. Y es en este punto dónde comienza nuestra investigación ya que todos sabemos que las conexiones entre el sistema límbico y la corteza cerebral pasan por unos canales muy potentes, es decir la emoción inunda la cognición y la neutraliza, en cambio, la comunicación inversa entre la corteza cerebral y el sistema límbico pasa por unos canales muy delgados, que se pueden colapsar con facilidad impidiendo la comunicación. De aquí nuestra sentencia: **"la emoción decide y la razón justifica"**. El problema es que en muchas ocasiones la justificación no cambia la decisión que ya ha sido tomada.

Proponemos cambios en la forma cómo interpretamos desde nuestra atalaya de psicólogos y psiquiatras, al paciente que tiene miedo a tener miedo. Y para ello invitamos a la comunidad clínica a que se de cuenta de que cambiando dónde intervenimos, evitamos estériles sufrimientos a los pacientes. La reestructuración desde la razón debe hacerse siempre, esto está claro, pero para conseguir un cambio terapéutico en un porcentaje mayor que el actual, hay que trabajar las memorias emocionales que impiden dicha reestructuración, de tal manera que, en primer lugar hay que intervenir en la emoción para cambiar dichas memorias:

Una vez conseguido, es cuándo podremos realizar la reestructuración cognitiva. La creencia de que la razón siempre es capaz de modificar la respuesta emocional, no sólo no se sostiene desde el punto de vista neurológico, sino que no deja de ser una especie de idealismo, impropio de científicos. Metafóricamente podríamos decir que si es una borrasca pones diques en el puerto, si es

un tsunami debes conseguir que el maremoto no vuelva a producirse y para esto hay que intervenir en el propio mar, en ocasiones en sus profundidades para que el choque de las placas continentales no generen un impacto tan brusco. Es difícil pero es posible.

Hasta la fecha el modelo más utilizado para tratar trastornos de pánico, ha sido desde el punto de vista de la intervención psicológica el modelo Cognitivo-conductual. Es el modelo fundamentalmente estudiado en las facultades de psicología españolas, y ha sido catalogado como el único modelo psicológico de carácter científico. Hay muchos otros modelos adecuados, yo me he preocupado por conocer concienzudamente muchos, de tal forma que he estudiado no sólo este modelo, sino que me he permitido ahondar en otros como el psicoanálisis, gestalt, terapia interpersonal, psicoterapia sistémica, terapia estratégica y muy en profundidad todas las corrientes transversales que de alguna forma entendían que el sujeto construye su salud y su enfermedad mental (Constructivismo). Puedo acreditar que he puesto en práctica cada una de estas variantes de intervención con cientos de pacientes, y es verdad que la más eficaz para este tipo de trastorno es el modelo cognitivo-conductual. Pero también certifico que en mi experiencia la mejor intervención es aquella que recoge tecnología de cada uno de estos modelos, siendo más eficaz que ninguna el eclecticismo, que puede intervenir en cada paciente desde una vertiente distinta según el momento y las características psicológicas de este.

Es por ello que me gustaría salvar del sectarismo ideológico a nuestro lector no profesional – al profesional simplemente le invito a que también se salve- trasmitiéndole que lo importante realmente (R. Aguado 1993, 1997, 2002, 2005) es la relación vincular que se establece entre el terapeuta y el paciente. Es decir, sea cuál sea la estrategia de intervención, lo que más prima para que el

paciente mejore es lo que ocurre en ese espacio mágico que emerge entre dos seres humanos, al que denominamos vínculo, en este caso el vínculo terapeuta-paciente. Por supuesto es necesario una comunicación terapéutica y unas acciones terapéuticas, pero estas no tendrán éxito si no se establece un vínculo terapéutico adecuado.

¿Quiere esto decir que sin realizar psicoterapia no es posible resolver los ataques de pánico? Pues en los casos dónde el ataque de pánico está arraigado a memorias emocionales vitales, estoy completamente seguro que es necesaria la psicoterapia con un profesional. No obstante conozco casos graves que se han resuelto, ya que la persona ha tenido un vínculo con un amigo, otro paciente, un maestro... que sin realizar psicoterapia profesional, han conseguido grabar nuevas memorias desde el establecimiento de lo que llamamos experiencias emocionales correctoras. Por citar algunas, encontramos esa persona que conoce a otra que tiene la capacidad de hacerla descubrir sus capacidades y desalojarse de sus miedos, también sucede en personas que al ser padre o madre son capaces de realizar exposición tras exposición una nueva forma de interiorizar aquello que le producía pánico. Otro ejemplo más lo tenemos en las personas que han vivido un peligro vital real, y después de este acontecimiento, son capaces de salir de su pánico y dejan de tener miedo a tener miedo. En todos estos casos si hacemos un estudio de la meta-análisis, encontraremos que se puede hacer psicoterapia sin realizar psicoterapia profesional, pero de alguna forma se ha hecho.

Por lo tanto queda claro que si alguien deja de tener crisis de ansiedad por leerse un libro, incluido este, es simplemente porque ha realizado, sólo/a, todo el reaprendizaje que normalmente es necesario hacer en compañía de un profesional.

En la mayoría de las ocasiones, en aquellas mentes en las que el miedo sólo es una emoción más, la razón tiene capacidad para colocar en su sitio a la emoción, puede recomponer y solventar cualquier situación que pueda ser interpretada como peligrosa, dando una respuesta coherente, de tal forma que si es necesario huir, lo hace, y si no es para tanto, es capaz de introducir una información de perspectiva que restablece la sensación de seguridad. Sin embargo,, si este cerebro tiene miedo a tener miedo, no sólo avisa de un peligro, sino que percibe ese peligro como vital, la razón queda en segunda fila, queda apartada y no es capaz de retomar el mando hasta que de nuevo la mente emocional vuelve a comunicar que el organismo vive una situación de normalidad y de seguridad "La emoción tiene que ver fundamentalmente con la motivación y la acción, mientras que la cognición está relacionada con el conocimiento y conlleva el análisis de la situación y la decisión de hacer, la acción es emotiva" (Izard 1993). El ejemplo más simple sería el de un país, que es gobernado en todo momento por su consejo de ministros y su presidente, y éstos se basan para el gobierno en la lógica racional, el sentido común, y lo que debe ser. Sin embargo, cuándo este país es atacado por una epidemia vírica que puede matar a todos sus ciudadanos, el mando pasa al ejército, que aunque siga desde el punto de vista estratégico necesitando de la firma del presidente, en todo momento, son los militares los que deciden la estrategia a seguir, quedando los políticos en un segundo plano, justificando en lenguaje político, las decisiones tomadas, de tal forma que sólo deciden sobre el abanico de decisiones determinadas por los militares, y por todo ello ya no toman decisiones globales, deciden sobre las decisiones ya tomadas, y es sólo cuándo ha pasado el peligro, cuándo podemos volver a la situación inicial, siempre que los militares no se perpetúen en el poder,

transmitiendo bajo su lógica especial, que seguimos en peligro vital, pero eso es otra historia.

La razón debe ser capaz de modular la emoción. Estar bajo la dictadura de las emociones no es conveniente. Pero saber que esto tiene que ser así, no significa qué siempre lo sea, de tal forma qué cuándo la emoción es la que gobierna sobre la razón (programa supervivencia) en ese momento de poco sirve lo que tiene que ser y es en esta situación dónde tenemos que dejar la ideología psicológica y reconocer los hechos. Para poder intervenir con un cerebro en el que la emoción es la que lleva las riendas, hay que incidir sobre la emoción en si misma, y en este territorio la reestructuración cognitiva no nos sirve. Tenemos que trabajar con la emoción y ser capaces de engatillar otro programa emocional incompatible o antídoto al anterior, en ese momento el nuevo clima de calma propiciará que de nuevo la razón pueda incidir y por lo tanto volvamos a la situación ideal, en la que la lógica formal gobierna sobre la lógica caótica de la emoción. De esta manera debe quedar clara esta primera premisa:

“En un cerebro que tiene miedo a tener miedo, la emoción gobierna sobre la razón, y es sólo cuándo intervenimos en la emoción, activando otro programa emocional incompatible con el anterior, cuándo volveremos a un clima de calma, y es ahí dónde la razón podrá ejercer de nuevo su gobierno”.

De todo esto concluyo que la verdadera intervención eficaz ante un cerebro que tiene miedo a tener miedo, es aquella que activa un programa emocional incompatible o antídoto con el anterior, en este caso el miedo, tal cómo ocurre con el engatillamiento de emociones del tipo: seguridad, rabia, sorpresa, interés, alegría, admiración, o incluso si se sabe manejar adecuadamente la tristeza. Ya que si hacemos un estudio de la

naturaleza de la emoción comprenderemos que la emoción en sí, es un patrón innato (me refiero a las emociones básicas) y aunque posteriormente aprenderemos en qué situaciones se engatillan estos, la emoción tal cuál no es aprendida. Pues bien, cuándo un patrón emocional se engatilla, éste lo hace para encaminarnos a una acción específica. En el caso del miedo, la acción será querer huir, protegerse, escapar. En cerebros que no tienen miedo a tener miedo, desde la lógica de la razón somos capaces de engatillar una emoción incompatible con el miedo tal cómo sucede con la seguridad, el interés, la alegría etc., permitiendo que el sujeto pueda recomponer su respuesta ante estos nuevos patrones que le mueven hacia el dominio de la situación tales cómo, tener las riendas (seguridad), observar mejor, prestar a nuevos elementos de la situación atención (interés), o simplemente vivir lo cómico de la situación o de lo excitante (alegría o euforia). Pero en los cerebros que tienen miedo a tener miedo, esto es imposible, ya que al vivir una situación de supervivencia la razón no puede gobernar, y por lo tanto es preciso directamente incidir sobre patrones emocionales incompatibles cómo los descritos anteriormente. Neurologicamente ya lo he explicado, en un programa de supervivencia, el lóbulo orbital frontal no inhibe las estructuras límbicas, ya que esta desconectado.



Psinapsis