

ENTRE LA LIBERTAD Y LA CONSTRICCIÓN: EL DILEMA DE LA AGORAFOBIA

Marco Castiglioni

Università degli Studi di Milano-Bicocca

e-mail: marco.castiglioni@unimib.it

Laura Contino

Master en Terapia Sexual y de Pareja Centro Dendros, Barcelona

Manuel Villegas Besora

Universidad de Barcelona

mvillegas@ub.edu

This study aimed to empirically test the clinical theory, common to different psychotherapeutic approaches, that agoraphobia is psychologically linked to the semantics of freedom. The hypothesis was that personal constructs of "free-constrained" and associated meanings are predominant for people suffering from agoraphobia.

Participants and method. The Repertory Grid Technique (Kelly, 1955) was carried out with 30 agoraphobic patients to elicit their personal constructs. A group of 30 of patients suffering from other psychological disease was used as a control group. Participants' constructs were grouped into semantic categories using hermeneutic criteria and the data compared using appropriate statistical techniques.

Results: The constructs of agoraphobic group were found to be significantly more connected to the semantics of freedom than those of the control Group. The empirical data seems to confirm the hypothesis. These results and their limitations are discussed in the light of their possible clinical applications and of methodological and epistemological issues raising from the study.

Keywords: Agoraphobia; Psychopathology; Meaning; "Free-constrained" semantics; Personal Constructs; Repertory Grid Technique.

Introducción

Según diferentes enfoques psicoterapéuticos, uno de los rasgos característicos comunes de las psicopatologías del espectro fóbico¹ es la presencia de intensas vivencias de ansiedad y miedo que se desencadenan en situaciones donde está en juego la esfera de la libertad y de la constricción. Los síntomas, incluidos los ataques

de pánico, constituirían una especie de metáfora reificada del estar constreñidos, oprimidos, ahogados, o bien solos, en peligro, inermes, sin vía de huida.

El objetivo del presente estudio es someter a examen empírico, por medio de la técnica de la rejilla de repertorio (Kelly, 1955), la tesis elaborada en el ámbito clínico sobre la conexión entre psicopatología fóbica y semántica de la libertad.

Los psicoterapeutas de orientación cognitivo-construivista relacionan los diferentes cuadros psicopatológicos (*in primis* los fóbicos que constituyen el ámbito elegido de estudio y de intervención de dicha orientación) con modalidades específicas de organizar el “significado personal” (Bara, 1996; Guidano 1987; Guidano & Liotti, 1983; Nardi, 2007; Neimeyer & Mahoney, 1995; Veglia, 1999). Guidano (1987) define la psicopatología como una “ciencia del significado”. Cada organización psicopatológica está conectada a premisas semánticas específicas y a patrones emocionales que el sujeto experimenta y elabora, a menudo nivel tácito, en la relación de apego con figuras significativas.

También según la perspectiva sistémica el desarrollo de la psicopatología está estrechamente conectado al modo peculiar que las personas tienen de atribuir – dentro de las matrices relacionales y comunicativas más complejas y articuladas de las relaciones de diadas de apego– un significado a sí mismo y al propio mundo. Ugazio (1998) relaciona las semánticas típicas de las diferentes organizaciones psicopatológicas al contexto familiar del paciente. La identidad típica o atípica de los individuos depende de cómo los miembros de una familia se *con-ponen* en la trama de significados y de relaciones que los vincula.

Más allá de las diferencias teóricas y de método que caracterizan a los diferentes modelos explicativos, parece que hay un amplio consenso sobre la conexión entre fobias y vivencias de libertad-constricción. “La organización fóbica se caracteriza por la constante, repetida oscilación entre dos dimensiones esenciales: la de la *seguridad*, que se traduce en *constricción* cuando se vuelve dominante, y la de la *libertad*, que se percibe como *soledad* cuando no se halla compensada por la primera” (Glauber, Copes & Bara, 1996, p. 214). La necesidad de *apego* y la de *exploración*, aunque continúan siendo irrenunciables, son percibidas como inconciliables (Sassaroli, Lorenzini, & Ruggiero, 2005). *Miedo* y *coraje* son las emociones implicadas en esta dinámica: miedo de un mundo externo construido como amenazante y lleno de peligros, y que para afrontarlo es necesario el apoyo de una figura de referencia; coraje para afrontar autónomamente los peligros del mundo renunciando al tranquilizante pero constrictivo ambiente familiar que garantiza protección. Por tanto, nos sentimos libres en la medida en que se tiene coraje y capacidad de afrontar los peligros del mundo; constreñidos por el miedo que nos vincula a situaciones familiares y tranquilizadoras. En este universo semántico, libertad significa independencia *de la* relación y *de* sus vínculos (Ugazio, 1998).

La tesis de Haley (1963) según la cual los síntomas permiten controlar el

funcionamiento en las relaciones encaja especialmente en el caso de las fobias: el sujeto fóbico activa en la relación con la figura protectora maniobras manipuladoras encaminadas a tenerla a disposición en caso de necesidad, sin implicarse con ella en una relación estrecha y sofocante. También la literatura psicodinámica subraya cómo las marcadas características somáticas de los ataques de pánico, sin aparentes correlatos psicológicos, permiten al sujeto fóbico obtener la proximidad del otro, pero negando la dependencia de él (Busch 1995). Para que se de “miedo al miedo” (Lorenzini & Sassaroli, 1987), o sea, la ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de que el ataque de pánico ocurra inesperadamente, es necesario disponer *siempre* del otro como ancla de salvación, pero sin renunciar a la posibilidad de desvincularse.

Villegas (1995; 2005; 2008) construye su propio modelo psicoterapéutico “cognitivo-social” en base a las teorías de estadios del *desarrollo moral* (Kohlberg, 1981; Selman, 1980). A cada estadio del desarrollo moral (prenomía, anomía, heteronomía, socionomía, autonomía) corresponde la posibilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos diferentes como respuesta a *dilemas*, o sea, a instancias conflictuales internas o externas del sujeto derivadas de necesidades típicas de estadios evolutivos diferentes. El tema de la libertad² es central en cada tipo de psicopatología, en la medida que es premisa de la acción moral. Una acción puede considerarse “moral” y por esto evaluable en relación a los valores éticos del contexto de pertenencia del sujeto agente, sólo si se presupone que su actuación es libre y autodeterminada y, por tanto, *responsable* de ella. La intervención psicoterapéutica se pone como meta hacer que el paciente alcance un nivel evolutivo que le permita actuar de modo libre y responsable, a través de una regulación autónoma. (Villegas, 1993).

Sin embargo, la agorafobia, respecto a otras psicopatologías, implica especialmente la esfera de la libertad y de la constricción, según modalidades que incluyen los elementos elicitados por los enfoques citados. La agorafobia se encuadra en un nivel de “socionomía oblativa”, o sea una posición sacrificial sustitutiva del amor que anula la autonomía del sujeto en el espacio social. Las personas agorafóbicas, generalmente mujeres, viven recluidas en su casa dedicadas en cuerpo y alma al cuidado de los familiares sin nunca salir si no van acompañadas. No existe ningún espacio para su mundo social, debido a la imposibilidad de desvincularse de una relación demasiado estrecha, con los padres, con los hijos, pero sobre todo con la pareja: lo privado sustituye a lo público. Presas de una idea sacrificial de amor, intentan salvar una unión que en realidad las aplasta. En esto sentido, resultan emblemáticas las palabras de una paciente agorafóbica de 54 años, separada y posteriormente casada de nuevo, respecto a su primer matrimonio:

Hubo una época de mi vida, cuando estaba casada con mi primer marido, en la que teníamos tanto trabajo que no salíamos de la tienda hasta las diez de la noche. Se comía allí y no había ni domingos, ni días festivos ni vacaciones.

Y a mi no me gustaba esa vida. Yo sabía que no me gustaba, pero no sabía decir porqué. Cada mañana, al inicio de la jornada sentía que me desmayaba. Cada noche tenía el mismo sueño donde yo volaba y volaba, pero no conseguía entender qué significaba. Después de separarme dejé de tener ese sueño y también de experimentar esa sensación de desmayo [...] Ahora entiendo porqué me sucedían estas cosas: yo no podía soportar aquella situación, casi un secuestro, aquella opresión, sentía que me ahogaba...

Objetivo e hipótesis

El objetivo de la presente investigación es verificar si la semántica de la libertad –y especialmente el constructo “libre vs. constreñido” con sus correlatos– tanto la dimensión de significado dominante en los sujetos agorafóbicos, tal como se sostiene en la literatura clínica citada. El polo de la libertad, de la autonomía y de la independencia es en la actualidad tan valorado que justifica la duda de que se trate de una especie de “universal” compartido en la mentalidad- sentir común de las sociedades occidentales contemporáneas y por esto no sólo sea distintivo únicamente de la organización fóbica.

Con este objetivo, han sido identificados y analizados los *constructos personales* (Kelly, 1955) elicitados de un grupo de pacientes agorafóbicos comparándolos con los de un grupo de pacientes que sufren otras psicopatologías.

La hipótesis formulada es que en el grupo de agorafóbicos los constructos referidos a la semántica de la libertad prevalecerán (tanto en términos cuantitativos como cualitativos), mientras que en el “grupo de control” no encontramos dicha prevalencia.

Método

La investigación se enmarca dentro de un amplio proyecto sobre psicopatología y significado, del cual toma el planteamiento teórico y metodológico (para una descripción más detallada véase Castiglioni, Contino & Golzio, 2003).

Participantes

Han tomado parte en la investigación 60 pacientes españoles adultos (12 hombres y 48 mujeres), de edad comprendida entre 20 y 55 años (edad media 36,3 años) y de nivel socioeconómico medio, en tratamiento desde 2 años; sus terapeutas están vinculados al Centro de Terapia Cognitivo-Social de Barcelona³. Los pacientes han sido subdivididos equitativamente en dos grupos: Grupo 1 de sujetos agorafóbicos con ataques de pánico (6 hombres y 24 mujeres) y Grupo 2 (de idéntico número y composición) compuesto por sujetos que sufren otras patologías.

Para aislar la variable “psicopatología” y minimizar, en la medida de lo posible, la influencia de posibles variables que puedan interferir, se han adoptado

dos criterios para la selección de sujetos: a) el diagnóstico; b) los datos anagráficos y las condiciones socioculturales.

a) *Diagnóstico*. Se han excluido del Grupo 1 los sujetos que presentan sintomatologías “mixtas” o otras patologías asociadas a la “principal” objeto del diagnóstico (por ejemplo síntomas depresivos, que se correlacionan frecuentemente al cuadro agorafóbico). Esto ha llevado a descartar un número importante de pacientes que no satisfacen este criterio de manera pura, *incluidos los agorafóbicos que no presentan ataques de pánico*. Los pacientes agorafóbicos han sido diagnosticados mediante una entrevista conducida por el propio terapeuta siguiendo los criterios del DSM IV; antes de su inclusión en la investigación, el diagnóstico y el cuadro sintomatológico de cada uno de estos pacientes ha sido cuidadosamente controlado por el Director del Centro. El mismo criterio ha sido adoptado para seleccionar a los sujetos del Grupo 2, aunque, al tratarse de un grupo heterogéneo respecto al diagnóstico, no ha sido posible aplicarlo con el mismo rigor⁴.

b) *Características anagráficas y socioculturales*. Este criterio (evaluado a través de indicadores tales como la edad, proveniencia geográfica, residencia, nivel de escolaridad y profesión de los pacientes) ha servido para formar el “grupo de control” de modo especular al “grupo experimental”. Las características anagráficas y socioculturales de los sujetos son, por tanto, análogas en los dos grupos. No habiendo sido posible controlar todas las variables potencialmente influyentes (en particular la composición del núcleo familiar), no se puede hablar desde el punto de vista estadístico de “apareamiento” de los sujetos (Kazdin, 1992).

En el momento de la pasación de las pruebas psicodiagnósticas, ninguno de los sujetos estaba hospitalizado o en tratamiento farmacológico.

Instrumentos y procedimiento

Los datos de la investigación han sido obtenidos aplicando individualmente a cada sujeto la *técnica de la rejilla de repertorio* (Kelly, 1955), muy difundida tanto en ámbito clínico como en el ámbito de investigación por la posibilidad que ofrece de combinar observaciones clínicas sofisticadas y elaboraciones estadísticas rigurosas (Feixas & Cornejo, 1998; Fransella, Bell & Bannister, 2004; Jankowicz, 2004). La técnica consiste en una entrevista semiestructurada, mediante la cual emergen las dimensiones semánticas significativas para el sujeto. Los datos recogidos pueden después sintetizarse en una “rejilla de repertorio”, compuesta por: a) una serie de *elementos* representativos del ámbito que se quiere estudiar, en nuestro caso el Si mismo y el contexto relacional del sujeto; b) de un conjunto de *constructos personales bipolares* que el sujeto usa para atribuir significado a los elementos según un criterio de semejanza-contraste; c) de una *escala de evaluación* que ordena a los elementos respecto a la estructura bipolar de cada constructo (Feixas & Cornejo, 1998).

La entrevista semiestructurada se articula en cinco fases.

1. *Identificación de las personas significativas del contexto relacional de cada sujeto* (a partir de aquí denominadas “elementos”), según el *método de elicitación mediante el diálogo* (Easterby-Smith, 1981)⁵.
2. *Elicitación de los constructos bipolares mediante el método diádico* (Epting, Suchman, Nickeson, 1971; Keen & Bell, 1980). Los elementos identificados en la fase anterior se comparan de dos en dos⁶, en base a criterios de semejanza y de diversidad, obteniendo de este modo parejas de opuestos semánticos (los “constructos”) del tipo “bueno-malo”, inteligente-estúpido”, etc.
3. *Aplicación a cada constructo de la técnica del laddering* (Fransella *et al.*, 2004), para incrementar la producción de constructos, tanto a los más generales como a los más específicos.
4. *Evaluación del grado de aplicabilidad de cada constructo a cada elemento sobre una escala de 7 puntos*; las puntuaciones obtenidas de este modo se convierten en los datos cuantitativos de los cuales se compone la rejilla de repertorio, de los cuales es posible extraer varios índices de medida.
5. Aplicación de la *Resistance to Change Technique* (Fransella *et al.*, 2004), mediante la cual el sujeto ordena los constructos en términos de importancia.

La pasación de las rejillas de repertorio a los pacientes se ha realizado en la fase inicial del tratamiento, a fin de evitar que la identificación de los constructos personales se viera influida por significados co-construidos con el terapeuta en el curso del proceso psicoterapéutico.

Análisis de los datos

El número total de constructos y de elementos elicitados por los dos Grupos de sujetos es análogo y por tanto comparable a nivel estadístico (Cfr. Tab. 1).

Tabla 1 - Constructos y elementos elicitados en los dos grupos: media, rango (número mínimo y número máximo) y número total.						
	CONSTRUCTOS			ELEMENTOS		
	Media	Rango	Total	Media	Rango	Total
Grupo 1	17.6	10-20	528	16.3	10-22	489
Grupo 2	17.2	10-28	518	15.6	11-18	470

Todos los constructos han sido clasificados en base a su contenido semántico (Landfield, 1971; Procter, 2002) por dos jueces independientes en 21 categorías (cfr. Tab. 2) excluyentes recíprocamente, utilizando un criterio de tipo hermenéutico⁷.

Tabla 2 - Categorías semánticas de los constructos y sus frecuencias: denominación de la categoría; frecuencias en valores absolutos y frecuencias proporcionales en el Grupo 1; frecuencias en valor absoluto y frecuencias proporcionales en el Grupo 2.

Categoría	Frec. abs. Grupo 1	% sobre total Grupo 1	Frec. abs. Grupo 2	% sobre total Grupo 2
1. Libertad	56	10.60	10	1.93
2. Constructos relacionados con libertad	106	20.07	12	2.31
3. Sociabilidad	23	4.35	42	8.10
4. Confianza	25	4.73	35	6.75
5. Inteligencia	15	2.84	10	1.93
6. Edad	12	2.27	9	1.73
7. Timidez	11	2.08	25	4.82
8. Tranquilidad	16	3.03	12	2.31
9. Egoísmo	25	4.73	20	3.86
10. Celos	16	3.03	14	2.70
11. Bondad/maldad	20	3.78	40	7.72
12. Poder	20	3.78	50	9.65
13. Emotividad/aprensión	25	4.73	35	6.75
14. Seguridad	19	3.59	41	7.91
15. Determinación	24	4.54	21	4.05
16. Pereza	25	4.73	19	3.66
17. Meticulosidad/orden	3	0.57	22	4.24
18. Optimismo	12	2.27	32	6.17
19. Seriedad	15	2.84	9	1.73
20. Vínculo/Relación	26	4.92	20	3.86
21. Otros constructos caracteriales	34	6.43	40	7.72
TOTAL	528	100	518	100

En relación a las hipótesis de investigación, se ha tenido especial cuidado en la clasificación de los constructos referidos a la semántica de la libertad. Estos constructos han sido reagrupados en 2 categorías:

1. *Libertad*, que incluye todos los constructos verbalizados explícitamente por los pacientes con las palabras “libre-libertad”, “constreñido”, “dependiente”, “independiente” o sus derivados, tales como sustantivos, adjetivos, breves locuciones, por ej.: “libre/obligado”; “libre/ligado”, “vínculo/

libertad”;

2. *Constructos relacionados con libertad*, que incluye los constructos que evocan significados relacionados con la esfera de la libertad aunque *sin nombrarlos explícitamente*; se incluyen igualmente los constructos emocionales correlacionados con “coraje vs. miedo”; por ejemplo: “cobarde vs. valiente”, “miedoso vs. temerario”, “viajar vs. no abandonar nunca el nido”, “decidido vs. indeciso”.

Las otras categorías semánticas han sido tomadas del citado trabajo, donde habían sido definidas inductivamente en base a lo expresado por los sujetos⁸.

Al final del proceso de clasificación han sido calculadas las frecuencias proporcionales⁹ de cada categoría sobre el total de los constructos elicitados por los dos grupos, considerados separadamente (Cfr. Tab. 2). Para la comparación estadística entre los dos grupos ha sido utilizado el test *z* de la diferencia entre proporciones (Ercolani, Areni, & Leone, 2002).

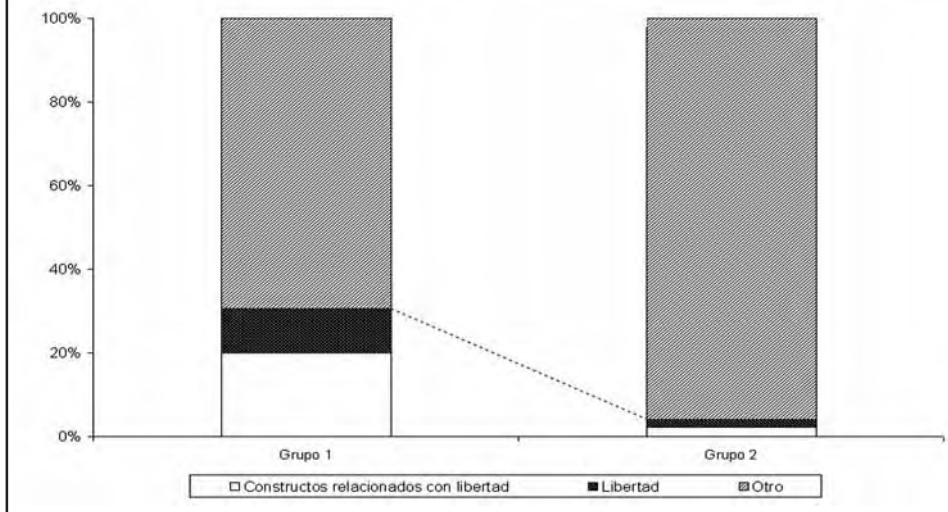
Resultados

Un primer resultado interesante se evidencia del análisis de las frecuencias (cfr. Tab. 2). Mientras los datos del grupo de control aparecen distribuidos en las diferentes categorías, casi un tercio de los constructos elicitados por los pacientes agorafóbicos se concentran en las categorías relativas a la semántica de la libertad. En el Grupo 1 los porcentajes de las categorías “libertad” (10.60 %) y de los “constructos relacionados con libertad” (20.07 %) son de un 30.67 %, en contraste con el 4.24 % encontrado en el Grupo 2. La Fig. 1 evidencia gráficamente este dato.

Aplicando el test de la diferencia entre proporciones se obtiene un resultado estadísticamente significativo ($z = 7.46$; $p < 0.001$); no se evidencian otras diferencias significativas entre los dos grupos.

Habiendo sido utilizada hasta este punto una definición operativa de la *relevancia* en términos puramente cuantitativos (o sea de frecuencia), se podría objetar que, aunque siendo más frecuentes, los constructos relativos a la semántica de la libertad pueden no ser los que los sujetos agorafóbicos consideren más importantes¹⁰. Por esa razón, han sido tomados en consideración para cada sujeto los 3 constructos de nivel jerárquico más elevado, identificados mediante la aplicación de la *Resistance to Change Technique*. Para cada uno de los 2 Grupos se han obtenido 90 constructos (3 constructos X 30 sujetos), cada uno de los cuales había sido ya adscrito a una categoría; luego han sido calculadas las frecuencias de las categorías semánticas correspondientes a los constructos de más elevada jerarquía. Los resultados no dejan ninguna duda al respecto. En el Grupo 1, el 85,5% de los tres constructos de alto nivel jerárquico se refieren a la semántica de la libertad (categoría “libertad” = 55, 5 %; categoría “constructos relacionados con libertad” = 30 %), mientras en el Grupo 2 no se encuentran semánticas dominantes. En este Grupo 2 las categorías más representativas son la de “poder” (9%) y la de “bondad”

Figura 1- Gráfico de la diferencia entre Grupo 1 (sujetos agorafóbicos) y Grupo 2 (sujetos que sufren otras patologías) respecto a los porcentajes de las categorías “libertad” y “constructos relacionados con libertad” (N.B.: “Otro” indica aquí el conjunto de todas las otras categorías de la Tabla 2).



(9%), pero los datos se distribuyen sin diferencias significativas en todas las categorías.

Discusión

Los resultados de la investigación parecen corroborar las hipótesis formuladas en el ámbito clínico, tanto en términos de frecuencia como en términos de importancia atribuida a la semántica de la libertad de los pacientes agorafóbicos. En cambio, esto no se verifica en el “grupo de control” de pacientes que sufren otras patologías donde no es posible identificar una semántica distintiva o dominante.

Sin embargo es necesario precisar los límites de tales resultados. En primer lugar, en el plano de la generalización estadística, el grupo analizado no constituye una muestra representativa de la población de pacientes agorafóbicos. Más allá del número no elevado de sujetos, los criterios utilizados para formar los grupos de los participantes en la investigación son los mismos que limitan la posibilidad de extrapolar la validez de los resultados a otras condiciones. Los sujetos pertenecen a una cultura determinada (la catalana) y a una clase social común, lo cual impide extrapolar las conclusiones a otros grupos con características diferentes. Una ampliación de la muestra, incluso en sentido multicultural, y análisis estadísticos más sofisticados de los datos recogidos podrían otorgar una mayor validez a los resultados. Por otra parte, los terapeutas (sin conocer la hipótesis de la investigación, igual como uno de los dos jueces que han categorizado los constructos) poseen

una misma formación teórico-clínica, condición necesaria para aplicar la técnica de la rejilla de repertorio según modalidades comparables. Sería en un futuro deseable poder comparar rejillas de repertorio elicítadas por pacientes en tratamiento por terapeutas de diferente orientación, construyendo un sistema de categorización que incluya los principales temas semánticos teorizados en el marco de los diferentes paradigmas clínicos.

Otra hipótesis de investigación verificable en un futuro mediante las rejillas de repertorio se refiere a las diferencias de *positioning* entre agorafóbicos y pacientes que sufren otras patologías dentro del espectro fóbico (en particular claustrofobia) sobre el continuum semántico “libertad-constricción” (Negri, Fellin, & Zanaboni, 2007). Una vía prometedora desde una óptica comparativa entre modelos psicoterapéuticos sería la comparación de datos obtenidos mediante métodos diferentes, en particular, el análisis de las transcripciones de las sesiones psicoterapéuticas. Diversos estudios han sido realizados en este ámbito, según perspectivas no siempre mensurables (Bercelli, 2000; Bucci, 1999; Gandino, 2003; Lai, 2003; Mergenthaler & Kachele, 1998; Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007a; Viaro, 2003; Villegas, 2000).

Los trabajos realizados sobre la patología fóbica desde una perspectiva sistémica-construccionista del grupo de Ugazio (Di Pasquale & Rivolta, 2003; 2004; Gandino & Salamino, 2005; Negri *et. al.*, 2007; Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007b) han dado resultados que corroboran la hipótesis del predominio de la semántica de la libertad-constricción, comparables con los que nosotros hemos obtenido. En estos trabajos se establece una comparación entre pacientes que sufren diversas psicopatologías, y se plantea la hipótesis –también en la base del presente trabajo– de que cada psicopatología se caracteriza por el predominio de una semántica específica: libertad para las fobias, bondad para los trastornos obsesivos, poder para los trastornos alimentarios, pertenencia para la depresión. A la luz de todo esto, sería posible explicar porqué en el “grupo de control” (donde, recordemos que *no* había sido encontrada ninguna semántica predominante) una de las categorías con más representación ha sido la del poder: en efecto, en el Grupo 2 existe un número relativamente elevado de pacientes que sufren trastornos alimentarios (alrededor del 17 % del total de la muestra), que han elicítado los constructos referidos a dicha semántica¹¹.

Otro desarrollo futuro de la investigación podría plantear la comparación entre los resultados obtenidos mediante la técnica de la rejilla de repertorio y los derivados de otros instrumentos que hagan operativos los rasgos característicos de las diferentes organizaciones de significado personal teorizadas por Guidano (Picardi, 2003).

Esta investigación no tiene ninguna intención de tomar partido a favor o en contra de alguno de los modelos explicativos descritos, ni tampoco de confirmar o de falsear a nivel empírico la idea de la “psicopatología como ciencia del significa-

do”. Tal como nos enseña la epistemología contemporánea y el mismo Kelly (1955) había afirmado a propósito de la relación entre constructos e hipótesis predictivas derivadas de dichos constructos, siempre hay un cierto desfase entre una teoría y su operativización.

El método clínico no sustituye, en aras a la exigencia de rigor metodológico, al método experimental (Battacchi, 2006). Esto no sólo es válido a nivel de intervención, sino que también en el de elaboración conceptual. “Convertida en exclusiva especialmente en un campo como la psicología clínica y la psicoterapia, la preocupación metodológica anula su propio objeto” (Ugazio 1998, p. 14). El control riguroso de todas las variables, propio del método experimental, puede llegar a ser “completamente equivocado” en estos ámbitos, o sea metodológicamente perfecto, pero inadecuado respecto al objeto de investigación. Contrariamente, el método clínico, más sensible a la globalidad y unicidad de los significados expresados por las personas en la relación con el terapeuta, es “imperfectamente correcto”, adecuado aunque técnicamente espurio. Esta es la razón porque ha sido elegida una modalidad relativamente tosca de análisis de los datos pero más “cualitativa” y adecuada a los datos originales, respecto a las sofisticadísimas técnicas estadísticas disponibles para el análisis de las rejillas de repertorio (Cfr. por ejemplo, Bell, Faccio, & Castiglioni, 2009). Método clínico y método experimental deberían pues operar de modo sinérgico en la construcción de un saber común, superando rígidas dicotomías conceptuales a favor de una complementareidad no ecléctica de métodos y perspectivas. La finalidad de este estudio, no por casualidad inspirado en un método cuali-cuantitativo, es ofrecer una contribución empíricamente fundamentada para una *convergencia entre orientaciones teóricas diferentes que, en el respeto de su recíproca diversidad, colaboren en pos de una visión “compleja” de los fenómenos psicopatológicos, donde puedan coexistir puntos de vista múltiples y complementarios.*

El objetivo de la presente investigación es someter a examen empírico la tesis clínica, común a diferentes enfoques psicoterapéuticos, sobre la conexión entre agorafobia y semántica de la libertad, planteando la hipótesis que los constructos personales relacionados con la esfera de la “libertad-constricción” son predominantes en los pacientes agorafóbicos.

Método y participantes. La técnica de la rejilla de repertorio (Kelly, 1955) ha sido aplicada a 30 pacientes agorafóbicos, a fin de elicitar sus constructos personales más significativos. Como “grupo de control” han sido utilizados otros 30 pacientes que sufren otras psicopatologías. Los constructos personales de los dos grupos de pacientes han sido categorizados según criterios hermenéuticos y comparados mediante pruebas estadísticas.

Los resultados corroboran la hipótesis formulada: entre los pacientes agorafóbicos existe una significativa prevalencia de los constructos relativos a la semántica de la libertad, mientras que esto no se da en el grupo de control. Dichos resultados y sus limitaciones se ponen en discusión a la luz de sus posibles aplicaciones clínicas y de cuestiones epistemológicas y metodológicas más amplias inherentes a la investigación.

Palabras clave: agorafobia; psicopatología; significado; semántica “libertad-constricción”; Constructos Personales; Técnica de la Rejilla de Repertorio.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Notas:

- 1 Nos referimos en particular a la agorafobia y claustrofobia, clasificadas por el DSM-IV como *trastornos de pánico con agorafobia* (300.21), *agorafobia sin anamnesis de trastorno de pánico* (300.22) y *fobia específica de tipo situacional* (300.29). Según Glauber, Copes y Bara (1996) las diferentes fobias se consideran de manera unitaria. “Las razones que llevan a una persona a temer a los aviones y a otra a las arañas pueden buscarse en la historia individual, pero todas las fobias comparten un esquema etiopatogénico y una imagen del Si mismo. Las trataremos, por tanto, de manera unitaria, siguiendo también el *DSM-IV*, que las clasifica bajo el término general de agorafobia” (p. 214).
- 2 El autor distingue dos acepciones fundamentales del término: “libertad *de*” y “libertad *para*”. La primera se refiere a la libertad *de* constricciones ligadas a obstáculos materiales o a condicionamientos humanos; la segunda en cambio se refiere a la libertad de elección y de autodeterminación responsable del sujeto *para* actuar de modo autónomo e independiente.
- 3 Los terapeutas, uno para cada sujeto de la investigación, estaban realizando una formación especializada en el Máster en Psicoterapia dirigido por el tercer autor, en el citado centro.
- 4 El grupo de control resulta de este modo compuesto por: 10 sujetos que sufren trastornos depresivos, 5 trastornos alimentarios (4 anoréxicas y 1 bulímica), 3 trastornos de ansiedad generalizada, 4 trastornos de adaptación, 2 trastornos obsesivos, 6 otras patologías (3 trastornos “existenciales”; 1 trastornos psicósomáticos; 1 trastorno límite de personalidad; 1 dependencia de sustancias). Dicha distribución representa bastante verosímilmente la de la población de pacientes que se atienden en el Centro (con exclusión obviamente de los trastornos del espectro fóbico).
- 5 Kelly (1955) propone para la elicitación de los elementos una lista de 24 roles significativos. Se usan los siguientes: “Yo como soy”, “Yo como quisiera ser”; madre, padre, hermanos/hermanas; pareja; hijos; amigos/amigas; otros adultos significativos; una persona admirada y una detestada (si no

- coinciden con las ya citadas).
- 6 Existen diferentes modalidades para la elicitación de los constructos, en particular el método diádico y el triádico. Se ha elegido el primero porque permite obtener más fácilmente constructos organizados en polaridades opuestas.
 - 7 El porcentaje de acuerdo interjueces ha sido igual al 77.2 %; en caso de duda, los dos jueces tenían que acordar una solución común.
 - 8 La categoría residual “otros constructos caracteriales” incluye las dimensiones semánticas que según los jueces no eran adscribibles a las categorías precedentes.
 - 9 Tal medida ha sido obtenida dividiendo la frecuencia absoluta de cada categoría por el número total de constructos elicitados. Multiplicando por 100 se obtienen los porcentajes.
 - 10 Según Kelly (1955), los constructos personales se organizan en un sistema con relaciones de superioridad y de subordinación: no todos los constructos son igualmente importantes y centrales.
 - 11 No ha sido por el momento posible verificar si al alto número de pacientes depresivos corresponda una frecuencia congruente de constructos relativos a la semántica de la “pertinencia-exclusión”.

Referencias bibliográficas

- BARA, B.G. (1996) (comp.). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BATTACCHI, M.W. (2006). *La conoscenza psicologica. Il metodo, l'oggetto, la ricerca*. Roma: Carocci.
- BELL, R.C., FACCIO, E., & CASTIGLIONI, M. (2009). An introduction to iGRIDSTAT: an Italian language version of repertory grid analysis program GRIDSTAT. *XVIIth International Congress on Personal Construct Psychology*, Venezia.
- BERCELLI, F. (2000). Le sedute di terapia familiare sistemica e di terapia cognitiva: un confronto. *Terapia familiare*, 63, 79-86.
- BUCCI, W. (1999). Schemi del discorso nelle ore buone e in quelle problematiche. *Psicoterapia*, 14-15, 30-47.
- BUSCH, F. N. (1995). Agoraphobia and panic states. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 207-221.
- CASTIGLIONI, M., CONTINO, L., & GOLZIO, P. (2003). La semantica dell'obesità: un contributo empirico. *Terapia Familiare*, 72, 63-83.
- Di PASQUALE, R., & RIVOLTA, A. (2003). Dai significati alle strutture contestuali: fobia e disturbi alimentari psicogeni a confronto. *Psicoterapia*, 26, 107-120.
- Di PASQUALE, R., & RIVOLTA, A. (2004). Fobia e disturbi alimentari psicogeni: narrazioni a confronto. *Terapia Familiare*, 74, 43-66.
- EASTERBY-SMITH, M. (1981). The design, analysis and interpretation of repertory grids. En Shaw, M.L.G. (Ed.), *Recent advances in personal constructs technology*. London: Academic Press.
- EPTING F.R., SUCHMAN, D.I., & NICKESON, C.J. (1971). An evaluation of elicitation procedures for personal constructs. *British Journal of Psychology*, 62, 4, 513-517.
- ERCOLANI P., ARENI, A., & LEONE, L. (2002). *Statistica per la psicologia II. Statistica inferenziale e analisi dei dati*. Bologna: Il Mulino.
- FEIXAS G., CORNEJO, J. M. (1998). *Manuale per lo studio delle griglie di repertorio con il programma "Griglia"*. Milano: Vita e Pensiero.
- FRANSELLA, F., BELL R., & BANNISTER D. (2004). *A manual for Repertory Grid Technique*, 2nd ed. Chichester: Wiley.
- GANDINO, G. (2003). *La conversazione terapeutica: un'analisi semantica*. *Terapia familiare*, 71, 80-88.
- GANDINO, G., & SALAMINO, F. (2005). Le organizzazioni fobiche al test di Rorschach. *Psicopatologia cognitiva*, 2, 83-92.
- GLAUBER L., COPES N., & BARA B.G. (1996). L'organizzazione cognitiva di tipo fobico. En Bara, B.G. (1996), *op. cit.*
- GUIDANO, V. (1987). *La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988.
- GUIDANO, V., LIOTTI G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.

- HALEY, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton (tr. it. *Le strategie della psicoterapia*. Firenze: Sansoni, 1974).
- KAZDIN, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Englewood Cliffs, Hew Jersey, Allyn & Bacon (trad. it. *Metodi di ricerca in psicologia clinica*. Il Mulino: Bologna, 1996).
- KEEN, T. R., BELL, R. C. (1980). One thing leads to another: a new approach to elicitation in repertory grid technique. *International Journal of Man-Machine Studies*, 13, 25-38.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton (ed. it.: (comp.) M. Castiglioni, Cortina, 2004).
- KOHLBERG, L. (1981). *Essay on moral development. The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- JANKOWICZ, D. (2004). *The easy guide to Repertory Grids*. Chichester: Wiley.
- LAI, G., (2003). Le conversazioni conversazionali. *Terapia Familiare*, 71, 76-80.
- LANDFIELD, A.W. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Chicago: Rand McNally.
- LORENZINI, R., SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- MERGENTHALER, E., KACHELE, H. (1998). The Ulm texbank management system. A tool for psychotherapy research. En Dahl, H., Kachele, H., Thoma, H. (eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin-New York: Springer-Verlag.
- NARDI, B. (2007). *Costruirsi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia*. Milano: Angeli.
- NEGRI, A., FELLIN, L., ZANABONI, E. (2007). Il dilemma fobico: un problema di positioning all'interno della semantica della libertà?. En Ugazio, V. (2007), (comp.). *Quaderni del Dottorato in Psicologia Clinica*. Bergamo: Bergamo University Press.
- NEIMEYER, R.A., MAHONEY, M.J. (1995) (Eds.). *Constructivism and psychotherapy*. Washington: APA.
- PICARDI, A. (2003). First steps in the assessment of cognitive-emotional organisation within the framework of Guidano's model of the self. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 363-365.
- PROCTER, H. G. (2002). Constructs of individuals and relationships. *Context*, 59, 11-12.
- SASSAROLI, S., LORENZINI, R., RUGGIERO, G.M. (2005). Le fobie e il loro trattamento. En Bara, B.G. (comp.), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. II. Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- SELMAN, R.L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- UGAZIO, V. (1998). *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- UGAZIO, V., NEGRI, A., ZANABONI, E., FELLIN, L. (2007a). Libertà, potere, bontà, appartenenza. Griglia delle semantiche familiari (GSF). En Ugazio, V. (2007) (comp.), *Quaderni del Dottorato in Psicologia Clinica*. Bergamo: Bergamo University Press.
- UGAZIO, V., NEGRI, A., ZANABONI, E., FELLIN, L. (2007b). La conversazione con i soggetti fobici è dominata dalla semantica della libertà?. En Ugazio, V. (2007) (comp.), *op.cit.*
- VEGLIA, F. (1999.) (comp.). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- VIARO, M. (a cura di) (2003). Opinioni a confronto: Parole. *Terapia Familiare*, 71, 69-88.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VILLEGAS, M. (1995). Psicopatología de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- VILLEGAS, M. (2000). *L'analisi del discorso in psicoterapia*. Torino: Quattro Venti.
- VILLEGAS, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 63/64, 59-132.
- VILLEGAS, M. (2008). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, 26, 199-228.