

HACIA UNA TEORIA COGNITIVA DE LA RELACION TERAPEUTICA

Dott. Antonio Semerari

II Centro Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

This paper considers the therapeutical relationship as an emotional and informative one. It develops the concept of therapeutic neo-structure and establishes the conditions for the therapist validation. It defends, ultimately, that the specialized neo-structures in construing the therapist become the self-reflexive point of view of the client.

Los terapeutas de orientaciones diversas parecen estar de acuerdo en dos cuestiones fundamentales referidas a la relación entre psicoterapeuta y paciente. En primer lugar, reconocen que normalmente el terapeuta es objeto por parte del paciente de una serie de impulsos afectivos tanto positivos como negativos y de comportamientos que no parecen justificarse en base a la naturaleza afectiva de su relación. En segundo lugar, hay un acuerdo sustancial en el importante y quizás esencial papel que la verificación de estos acontecimientos desempeña en el proceso terapéutico.

No siempre en la literatura se comprende que estas dos cuestiones son lógicamente distintas y requieren un doble nivel de explicación teórica. El hecho de que ciertos acontecimientos se verifiquen con regularidad en una psicoterapia, no implica de por sí que tengan un papel terapéutico ni explica cómo y porqué se desempeña este papel. Cada teoría completa de la relación terapéutica comporta en realidad dos teorías conectadas entre sí: una teoría del hecho, que explica porqué se verifican algunos acontecimientos, y una teoría de la curación, que explica porqué la producción de tales acontecimientos desempeña un papel terapéutico. Ahora, como intentaré explicar más adelante, todas las teorías del hecho referidas a la relación terapéutica, pueden considerarse esencialmente teorías cognitivas, no puede decirse lo mismo de la teoría de la curación. Considero que mi contribución particular consiste en presentar una teoría cognitiva sobre el efecto terapéutico de

la relación terapeuta-paciente (Semerari 1989; 1990).

En esta exposición partiré de esta segunda cuestión: la teoría de la curación. Después intentaré demostrar como se funde con las teorías más tradicionales que explican la verificación **de los hechos** característicos de la relación terapéutica. Antes de exponer el modelo, tengo que advertir al lector, que se basa en problemáticas típicas de los pacientes neuróticos. La generalización del modelo a otras formas de desorden está por ver.

LA TEORIA DE LA CURACION

Algunos principios generales de la terapia cognitiva

A mi parecer, lo peculiar de las orientaciones que se van afirmando en el ámbito del cognitivismo clínico, es considerar la conducta humana como expresión de estructuras profundas de significado que interpretan los acontecimientos y que generan pensamiento y experiencia.

Estas estructuras no se pueden confundir con los pensamientos automáticos negativos que fueron el centro del interés de los primeros cognitivistas (Beck 1976), sino que se tiene que considerar la matriz generativa de tales pensamientos. Las estructuras profundas, en cuanto tales, no están representadas en la conciencia, ya que no son representaciones, ni imágenes ni pensamientos, sino que constituyen el sustrato estructural que **genera** imágenes y pensamientos.

Para hacernos una idea más clara, imaginemos un paciente claustrofóbico, que normalmente presenta una especial sensibilidad perceptiva para los espacios cerrados: por ejemplo nota inmediatamente si un ambiente está restringido, o si la mesa del restaurante está dispuesta de manera que impida un fácil acceso a la salida. Además imagina o sueña con espacios cerrados y a menudo expone una experiencia física de constricción, como un peso en el pecho o una opresión en la cabeza. Por otra parte, el evitar encontrarse en espacios cerrados, constituye un principio fundamental que regula su comportamiento.

El punto en común entre estas experiencias y conductas psicológicas, es decir "la constricción", es lo que entendemos por estructuras profundas de significados, a través de las cuales se interpretan los acontecimientos, se generan imágenes, pensamientos, sensaciones y experiencias.

Se han propuesto diversos nombres para llamar a éstas estructuras de significado; los más usados son: **esquema y constructo**.

La diferencia fundamental entre los dos conceptos, es que el constructo se concibe como una estructura dicotómica formada por una oposición psicológica (Kelly 1955) del tipo hermoso-feo, bueno-malo etc.

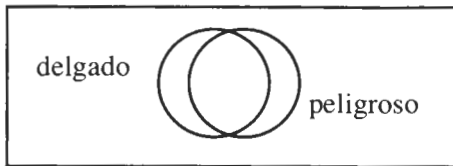
En este artículo utilizaré prevalentemente el uso del término **esquema** como un sinónimo de unidad cognitiva.

Esencialmente, un esquema define un dominio cognitivo: la clase de acontecimientos que entran en el campo de aplicabilidad del esquema. Esta definición

nos permite describir el esquema como un espacio finito, que podemos representar como un círculo:



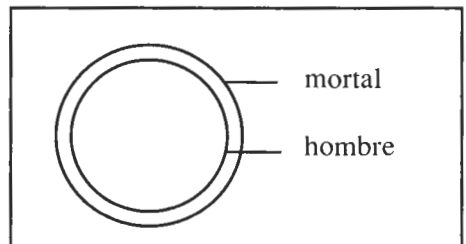
Los esquemas se pueden entender como abstracciones regulares de los acontecimientos ambientales y personales y en la planificación de la acción. Son subestructuras mentales que operan en interacción generando las diversas actividades mentales (Mandler 1984). En los procesos de memoria están en la base de la construcción de recuerdos (Bartlett 1932). Nos orientamos en el mundo y damos sentido y significado a los acontecimientos, aplicándoles nuestros esquemas. La activación de un esquema puede por esto considerarse como una anticipación o una hipótesis sobre el tipo de información con el que nos confrontamos (Naiasser 1976). Se intuye que los esquemas tendrán entre ellos relaciones de orden sin las cuales nuestra experiencia del mundo y de nosotros mismos sería caótica y casual. Podemos representar la correlación entre dos esquemas como una superposición parcial de áreas donde si un elemento se coloca en el espacio de uno, tendrá alta probabilidad de colocarse en el espacio del otro. En la tragedia de "Julio César" Shakespeare hace que el protagonista sospeche que Casio es un individuo peligroso porque es delgado. Podemos representarnos así el orden estructural de César:

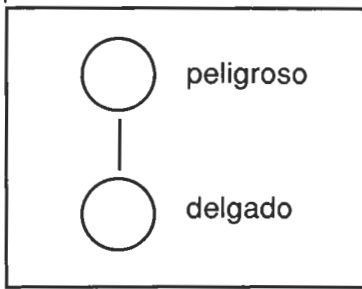


Dado que los dos esquemas estaban en la mente de César muy correlacionados, el hecho de que Casio se colocase en el espacio de "delgado" generaba la previsión, que se revelaba exacta, que fuese también un individuo peligroso.

Otro tipo importante de relación entre esquemas, es la relación jerárquica. Que puede ser estructural cuando, como en las taxonomías, el espacio de un esquema incluye el espacio de otro, por ejemplo:

Una relación jerárquica es funcional cuando un esquema define el sentido y da significado a las operaciones de un esquema subordinado. En este caso el esquema supraordenado representa el punto de vista desde el que se mira el problema. En nuestro ejemplo es más que probable que para César el problema fuese la peligrosidad de Casio, y es desde este punto de vista que tenía sentido para él, el hecho de que fuese delgado. Podemos, por lo tanto, representar la estructura de César como una estructura jerárquica del tipo:



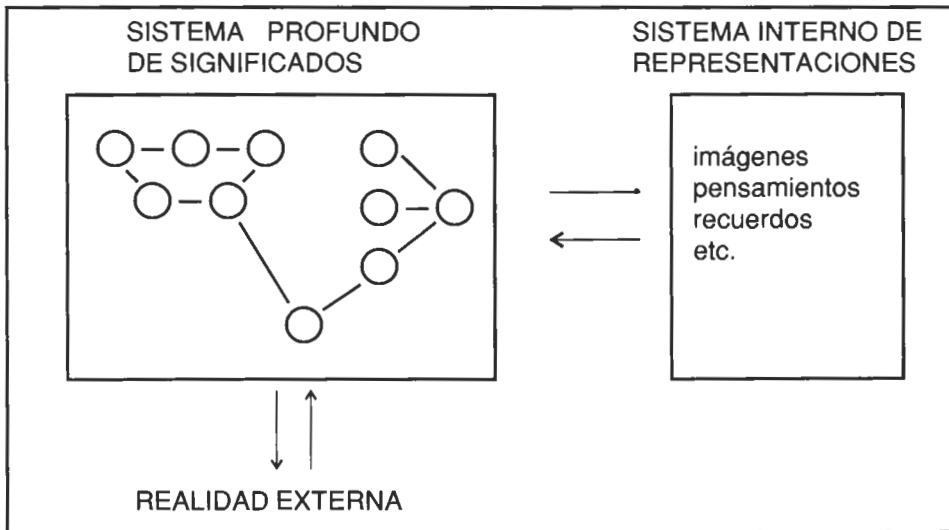


donde “peligroso” constituye el punto de vista funcionalmente supraordenado de las operaciones de distinción cumplidas por delgado.

Las funciones desarrolladas por el sistema profundo de significado pueden subdividirse en dos grandes clases: una función perceptivo-interpretativa de los acontecimientos y una función generativa de representaciones mentales, sean pensamientos, imágenes, sueños, recuerdos,

o miras para la acción orientada a un objetivo.

Esta doble función se puede esquematizar así:



Las flechas de retorno tienen un doble sentido.

Significan por una parte, que el sistema lee e interpreta la realidad externa y sus productos en el sistema de representaciones, y por otra, que puede ser influenciado por los acontecimientos externos y por las representaciones.

El modelo puede ser criticado, en el sentido que se puede sostener que también la percepción de la realidad externa representa, en un último análisis, un proceso generativo. Sin embargo tiene la ventaja, de mantenerse próximo a la realidad subjetiva de la persona, donde tiene un papel fundamental la distinción entre lo interno y lo externo a la mente.

De estas dos premisas deriva que el objetivo más ambicioso de la terapia consiste en un cambio del sistema profundo. Es decir, un aumento de la complejidad cognitiva, en particular para aquellas partes del sistema que se refieren al sí mismo y a las relaciones significativas.

Aumento de la complejidad cognitiva significa, esencialmente, aumento de los componentes y mejor orden en las relaciones jerárquicas de los componentes. Una teoría de la curación que quiera explicar la contribución de la relación con el terapeuta, debería por tanto indicar, cómo la relación con el terapeuta se traduce para el paciente en formación de nuevos esquemas del sí mismo y sobre relaciones significativas en un nuevo orden jerárquico.

La nueva estructura terapéutica.

Existe un acontecimiento muy común cuya importancia no ha sido suficientemente puesta de relieve, que se produce en casi todas las terapias, aunque con frecuencia variable, normalmente después de 8 meses a un año de tratamiento. Para verificar que se trata de un fenómeno bastante constante y difundido, he llevado a cabo una indagación preliminar pasando un cuestionario a diez terapeutas expertos que trabajan en el ámbito individual. Estos terapeutas no estaban al corriente de la hipótesis que voy a exponer, por tanto no estaban influenciados en sus respuestas. De tales respuestas resultó que sólo el 7% de pacientes no han notado el fenómeno, mientras que el 60% lo han notado bastante a menudo y el 33% raramente.

Brevemente el fenómeno es éste: el paciente cuenta que en ciertas circunstancias le ha venido a la mente el terapeuta y ha pensado en lo que le hubiera dicho el terapeuta en aquellas circunstancias y en cómo hubiera valorado su conducta y la de los demás. A menudo sobre la base de estas opiniones imaginarias del terapeuta el paciente formula un juicio propio sobre sí mismo y sobre los acontecimientos y ejecuta conductas distintas a las habituales.

Un aspecto importante que he notado en mi práctica clínica y que me ha sido confirmado por mi investigación preliminar es que las opiniones imaginarias del terapeuta parecen ser eficaces en favorecer nuevas conductas del paciente cuando **no** son puros recuerdos de cosas dichas efectivamente por el terapeuta **sino** a menudo opiniones atribuidas al terapeuta por el paciente a través de la elaboración de sugerencias ofrecidas en el transcurso de la terapia.

Veamos algunos ejemplos:

Una paciente me cuenta un comportamiento insólito para ella. Estaba cenando con unos amigos, entre ellos había una mujer a la que hacía poco que su marido había abandonado. Según la paciente esta mujer sufría y tenía necesidad de hablar de su problema, pero todos estaban incómodos y evitaban el asunto. Entonces me dijo, que le vino la imagen de mi persona a la mente "con respecto al problema del miedo a las emociones negativas". Pensó que este miedo no debería ser un obstáculo a la expresión de solidaridad. Se armó de valor y empezó a hablar con la amiga de su problema.

Segundo ejemplo: un paciente que habitualmente se siente abandonado y no considerado por los demás, notó una serie de atenciones hacia él por parte de su

mujer. Las notó al imaginarme haciéndoselas notar.

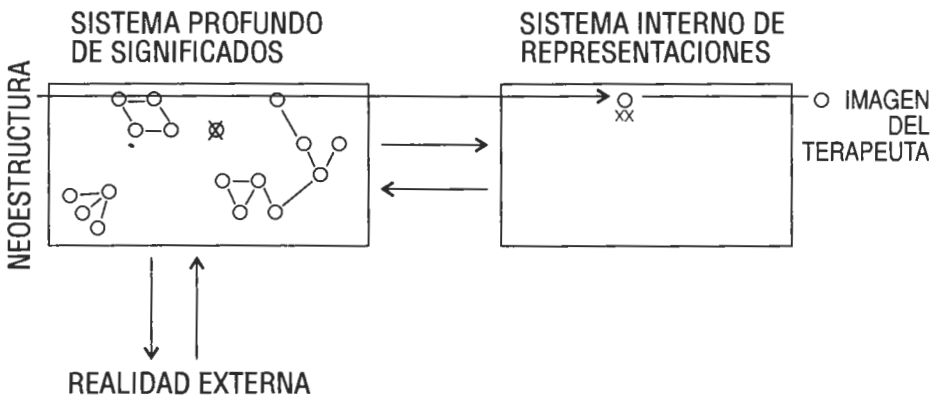
Tengo que precisar que en el primer ejemplo yo no había hablado nunca con la paciente del “problema de las emociones negativas” como una problemática de solidaridad interpersonal, y en el segundo, había hecho notar al paciente que tendía habitualmente a sentirse abandonado, pero nunca intenté hacerle notar las atenciones de su mujer hacia él.

A veces la imagen interna del terapeuta parece estar sustituida por su equivalente simbólico. Una paciente mía de 35 años, por ejemplo, me contó después de un año de terapia que de repente reapareció el recuerdo de un profesor suyo del instituto que la animaba a afrontar sus dificultades y a no abandonar sus compromisos.

Consideremos las funciones desarrolladas por la imagen interna del terapeuta, la cual interpreta los acontecimientos, les atribuye un significado, interviene en la regularización de la acción, o, como en el tercer ejemplo parece que favorece la reconstrucción de los recuerdos.

Pero éstas son todas funciones de una estructura profunda de significados, de una subestructura de esquemas. Dado que este tipo de atribución de significado no es habitual y no estaba presente antes de la terapia, podemos hipotetizar que se haya formado una **neoestructura terapéutica** durante el tratamiento de la cual empiezan a manifestarse las señales.

Pero se da otro particular que conviene hacer notar. Yo no estaba presente en las circunstancias relatadas por los pacientes ni había tenido forma de expresar mi parecer al respecto. De todos modos ellos las hubieran valorado si se hubiera tratado de una valoración **suya**. Podemos ahora poner la primera piedra de nuestra teoría de la curación: **durante su interacción con el terapeuta, el paciente ha formado una neoestructura de significados que en su sistema de representación se expresa a través de las imágenes del terapeuta**. Podemos representar esta situación recurriendo al modelo del punto precedente:



Relación terapéutica y aumento de la complejidad cognitiva

¿Cómo se ha formado esta neoestructura? ¿cómo podemos conceptualizar en términos cognitivos el proceso que se está dando?.

Intentaré más adelante responder a la primera pregunta. Aquí me limito solamente a resaltar que el hecho de que las operaciones cumplidas por la neoestructura estén representadas por la imagen interna del terapeuta, nos revela su origen. Es el fruto del trabajo cognitivo del paciente dirigido a comprender y a elaborar el punto de vista del terapeuta. Más adelante trataré de las condiciones relacionales que lo empujan a esta tarea. Precisamente porque las opiniones imaginarias del terapeuta son el fruto del trabajo activo de elaboración del paciente, no son idénticas a las opiniones expresadas efectivamente por el terapeuta, sino que participan siempre de los esquemas interpretativos del paciente. Piaget (1975) nos ha sugerido algunos instrumentos conceptuales que nos ayudan en la descripción del fenómeno. Según Piaget la complejidad cognitiva aumenta a través de procesos de equilibrio creciente, donde se alternan fases de asimilación y de acomodación.

Por asimilación aquí se entiende todo el trabajo de transformación que la estructura opera sobre el objeto para convertirlo en compatible consigo misma, mientras que por acomodación se entiende el proceso de transformación de la estructura necesario para integrar el nuevo objeto asimilado. La hipótesis que estoy sugiriendo es que la neoestructura representa el resultado del esfuerzo de asimilación del punto de vista del terapeuta por parte del paciente. Esto significa que la aparición de la imagen interna del terapeuta señala un primer paso en el proceso de incremento de la complejidad cognitiva que se ha enriquecido con la formación de un nuevo componente. Esto explicaría también, porqué es necesario para el cambio que las opiniones del terapeuta interno, resulten una reelaboración del terapeuta real. De hecho, si fuesen idénticas a las del terapeuta real, es decir, fuesen sólo el recuerdo de lo que ha dicho el terapeuta, ésto nos indicaría que el paciente no ha transformado el objeto para asimilarlo. En este caso el punto de vista del terapeuta permanece externo a la estructura, sin convertirse en una nueva componente. Incluso el caso opuesto en que las opiniones del terapeuta interno están totalmente desligadas de la conducta del terapeuta real, constituyen un índice de no modificación. Ejemplos de este segundo tipo de situación son los casos en los que el paciente tiende a atribuir al terapeuta sus autocríticas habituales. De hecho, en este caso, probablemente el paciente está aplicando simplemente al terapeuta sus **propios esquemas** de significado sin que éstos se modifiquen por la interacción. Esta conceptualización sugiere también que la aparición del fenómeno descrito señala una fase de desequilibrio. El paciente ha asimilado pero no necesariamente acomodado. La neoestructura se ha formado pero no necesariamente se ha integrado con la estructura precedente. El paciente puede oscilar entre una interpretación de los acontecimientos hecha con la neoestructura terapéutica

y una interpretación hecha con las antiguas estructuras. Para que el cambio se establezca, es necesario que la neoestructura se integre en un nuevo orden comprensivo del sistema.

Hay que hacer notar que, con la formación de la neoestructura, el terapeuta se encuentra en una posición particularmente ventajosa para favorecer este proceso. El paciente tiene, en este momento, formado un subsistema especializado en la construcción del punto de vista del terapeuta. Este subsistema no sólo genera la imagen interna del terapeuta sino que interpreta la realidad externa en la que se encuentra, obviamente, el terapeuta de carne y hueso.

El terapeuta se encuentra con una doble función de representación interna y de objeto real. Sin embargo, gracias a la neoestructura posee un acceso privilegiado al sistema del paciente.

Desde este momento, la información que transmite al paciente será adquirida y elaborada más rápidamente y de modo cuantitativamente más relevante. En otras palabras, sus intervenciones serán más eficaces.

La información que el terapeuta transmite al paciente y que será procesada por la neoestructura tiene siempre un contenido particular. Se trata de información sobre el mismo paciente, sobre sus conductas habituales, sobre sus esquemas de significado, sobre características de su vida emotiva, sobre las causas de su conducta o sobre posibles estrategias de cambio. A medida que el proceso avanza, si no se producen graves incidentes por el camino, debidos a errores del terapeuta o a otros factores, la neoestructura tenderá cada vez más a procesar información de tipo autorreflexivo. A través de los procesos de la neoestructura, el paciente tenderá a interpretar, explicar y dar sentido a su conducta, a su manera de ser y a valorar las posibles alternativas. Esto significa que la neoestructura tiende a transformarse, de un subsistema especializado en construir el punto de vista del terapeuta, en un subsistema especializado en procedimientos autorreflexivos.

Podemos poner ahora la segunda piedra miliaria en nuestra teoría de la curación: **la neoestructura terapéutica que el paciente ha formado elaborando el punto de vista del terapeuta, tiende a transformarse en punto de vista autorreflexivo del paciente.** Esta afirmación conduce inmediatamente a otra. Si el punto de vista autorreflexivo es lo que da sentido y significado a nuestra conducta, podemos también expresarlo diciendo que da sentido y significado a las operaciones de nuestros esquemas. Pero esto, en términos estructurales, es lo que hace una estructura supraordenada. Hemos llegado así a la última piedra en la teoría de la curación. **La neoestructura terapéutica se integra en el sistema comprensivo asumiendo el papel de estructura funcionalmente supraordenada que da sentido y significado a las actividades de las otras estructuras.** A medida que este proceso se solidifica la imagen interna del terapeuta tiende a desaparecer y el paciente cumple nuevas operaciones con las nuevas estructuras teniendo la sensación de que es él quién las hace funcionar.

En la medida en que la neoestructura es una estructura ‘nueva’, las conductas del paciente tendrán nuevos sentidos y nuevos significados. En poco tiempo habrá conseguido una nueva visión de sí mismo.

LA TEORIA DE LOS HECHOS

Transferencia y esquemas interpersonales

En 1912 Freud publicó el segundo de los ‘‘Ensayos sobre la técnica’’ dedicado a la ‘‘dinámica de la traslación’’. En este escrito el fenómeno de la transferencia viene descrito como la introducción del médico en uno de los ‘‘clichés’’ que caracterizan la vida afectiva del paciente.

Freud empieza diciendo que, por la acción conjunta de disposiciones congénitas y de influencias ambientales durante la infancia, cada uno adquiere la índole característica de su vida amorosa, ‘‘es decir, las condiciones que él pone al amor, las pulsiones que satisface con esto, y las metas que se fija. Resulta por así llamarlo, un cliché (o también más de uno) que en el transcurso de su existencia viene constantemente repetido, casi reimpreso, en la medida en que lo consienten las circunstancias externas y la naturaleza de los objetos de amor accesibles; cliché que aún puede modificarse con impresiones recientes’’ (pp. 523-524 ed. it.). Por lo que he entendido, el cliché es una estructura **que da forma psíquica** a la pulsión. En otras palabras, una pulsión determinada, por ejemplo de tipo sexual o amoroso (pero también potencialmente de tipo agresivo u hostil) de por sí específica en los contenidos, se dirige hacia la clase de objetos (las metas) y encuentra su satisfacción según la modalidad (las condiciones) definidas por el cliché.

Un cliché está constituido, por lo tanto, por una pulsión, por el esquema de sus objetos y de sus condiciones de satisfacción. Como en los esquemas descritos en el punto anterior, los clichés definen un dominio cognitivo y precisamente el dominio de los acontecimientos que pueden satisfacer una determinada pulsión.

Como un esquema, el cliché constituye un puente entre presente y pasado y viene activado repetidamente en diversas circunstancias canalizando la experiencia del sujeto, en fin, como un esquema, el cliché debe confrontarse con la realidad y ser modificado por los resultados de esta confrontación.

Si en estas páginas Freud parece delinear lo que podríamos definir en sentido moderno una teoría cognitiva de la transferencia, en otra parte su metapsicología energético-pulsional interviene pesadamente en la elaboración de una teoría de la curación, basada sobre el concepto de desplazamiento de la energía. En concreto, en ‘‘Introducción al Psicoanálisis’’ (1917) Freud describió la curación como un desplazamiento doble de la libido. El neurótico es incapaz de amar y de reaccionar porque su energía libidinosa está ligada a los síntomas. Gracias a la transferencia esta energía es desplazada toda a la figura del analista y el paciente manifiesta una remisión de los síntomas. Sucesivamente el trabajo de interpretación hará que la energía venga ulteriormente trasladada del analista al YO del paciente que

emergerá reforzado por todo el proceso.

Los aspectos cognitivos de la transferencia freudiana han sido desarrollados posteriormente en el trabajo de Bowlby (1969, 73, 80) y en esta versión han ejercido una notable influencia sobre muchos terapeutas cognitivos actuales. Según Bowlby el sentido de seguridad o al contrario, el sentido de precariedad e inseguridad del vínculo que el niño experimenta en la relación con las primeras figuras de apego, son decisivos en la formación de "modelos representativos" de sí mismo y de los otros significativos. Estos modelos generan expectativas sobre su amabilidad y capacidad de suscitar en los otros afecto y disponibilidad y expectativas sobre la conducta de personas significativas, que influenciarán toda la vida afectiva del sujeto adulto (Lorenzini, Mancini y Sassaroli 1985).

Según Liotti (1989) los esquemas interpersonales que se han formado durante las primeras relaciones de apego, son cruciales para entender la naturaleza de la relación terapéutica. El razonamiento de Liotti se basa sobre un simple silogismo: los modelos de apego se activan en situaciones en las que se advierte una necesidad de ayuda, la petición de una psicoterapia es, entre otras cosas, una petición de ayuda. Como consecuencia cuando un paciente viene a la terapia, sus esquemas de apego se activarán y serán aplicados en primer lugar a la persona a quién se pide la ayuda: el psicoterapeuta.

Lo que estoy intentando sugerir es que la explicación de los hechos relevantes de la relación terapéutica se basa, generalmente, en la idea que existen esquemas y modelos de relación interpersonal que son aplicados por el paciente a la persona del terapeuta y a su relación con él. Sin embargo, si rechazamos el modelo energético-pulsional de Freud, nos queda el problema de explicar porqué la aplicación sobre el terapeuta de los habituales esquemas interpersonales del paciente tiene un papel fundamental en el proceso de la curación.

La hipótesis que me propongo exponer, puede resumirse así: la aplicación sobre el terapeuta de los esquemas interpersonales del paciente, constituye para él una medida para valorar sus habituales condiciones de seguridad y la confianza en el terapeuta; a medida que el terapeuta supera estas pruebas aparece a los ojos del paciente como un informador autorizado. En la medida en que el terapeuta representa un informador autorizado el paciente se esforzará en asimilar su punto de vista: esta tarea de asimilación dará lugar a la formación de la neoestructura terapéutica.

El terapeuta como validador autorizado

No creo que pueda ser acusado de una actitud excesivamente cognitiva si afirmo que la psicoterapia es esencialmente un proceso de elaboración de la información. En el fondo, casi todo el tiempo que paciente y terapeuta transcurren juntos lo pasan intercambiando informaciones y elaborándolas.

El paciente propone al terapeuta material informativo sobre sí mismo y sobre

sus relaciones y el terapeuta intenta ayudarlo en la elaboración haciendo preguntas, sugiriendo puntos de reflexión y adelantando interpretaciones. El terapeuta indica también al paciente las modalidades técnicas para recoger informaciones: un psicoanalista, por ejemplo, invitará al paciente a asociar libremente, mientras que un terapeuta cognitivo sugerirá ejercicios de autoobservación de las representaciones mentales. Cuando todo va bien, al final de esta tarea, el paciente habrá reelaborado una nueva visión de sí mismo y de sus relaciones significativas.

Para que toda esta tarea pueda desarrollarse es necesario por supuesto que se den condiciones iniciales de confianza mutua. El terapeuta debe estar convencido de la fiabilidad del material ofrecido por el paciente, debe poder pensar que el paciente, fundamentalmente, no busca engañarlo deliberadamente, y que auna con sus desconfianzas y temores, un esfuerzo honesto para ser sincero. También el paciente, naturalmente, debe considerar al terapeuta una fuente creíble de informaciones. No sólo en el sentido de que éste no lo engañe o no le mienta deliberadamente, sino en el sentido de considerar que las interpretaciones y las sugerencias propuestas por él, sean sensatas y dignas de consideración. Esto no significa, naturalmente, que el paciente deba aceptar todas las interpretaciones y sugerencias que vengan del terapeuta. Diciendo que el paciente debe considerar al terapeuta una fuente creíble intento sólo decir que debe tener una disposición a considerar seriamente la posible veracidad de las informaciones que provienen de éste último. Ahora bien, las informaciones que se intercambian en terapia son de una clase particular. Tienen que ver fundamentalmente con el modo de ser del paciente y la naturaleza de sus relaciones.

El paciente pone en juego, por tanto, en la interacción terapéutica su construcción de sí mismo y del mundo, los esquemas de base con los que construye la visión de sí mismo y de sus propias relaciones. Si considera creíble la información sobre sí mismo proveniente del terapeuta esto significa que esta información adquiere la posibilidad de modificar tales esquemas. En otras palabras, el paciente reconoce en el terapeuta la autoridad necesaria para que la información que éste le transmite pueda modificar su imagen de sí mismo. Propongo llamar a este proceso por el que atribuimos a otro una autoridad informativa tal de poder influir sobre la imagen que tenemos de nosotros mismos **“construcción de un validador autorizado”**.

La construcción de un validador autorizado es de por sí un proceso fisiológico que está siempre presente en la vida de todos nosotros. En la psicoterapia representa un prerequisite indispensable para el trabajo, el motivo por el que el paciente toma en serio la posibilidad de la curación. Como espero se irá aclarando en la descripción sucesiva, la construcción del validador autorizado no es un proceso que ejecuta el terapeuta sobre el paciente aunque el terapeuta con su conducta puede favorecer o impedir el desarrollo del proceso mismo. No es el terapeuta el que impone a un paciente pasivo su autoridad. Es el paciente el agente

activo del proceso. Examina y vuelve a examinar al terapeuta, no sólo en sus intervenciones explícitas sino también en el conjunto de sus actitudes no verbales: en el tono de la voz, en la expresión mímica, en la postura; hace continuamente comparaciones y contrastes con otras figuras significativas de su propia vida, intenta informarse más o menos discretamente sobre su vida privada. La construcción del terapeuta como validador autorizado es un continuo trabajo de preguntas, observaciones y verificaciones que realiza el paciente durante toda la terapia.

El terapeuta no acaba nunca de asumir el papel de validador autorizado. Este papel puede siempre andar perdido. Puede ser perdido temporalmente y readquirido, o puede perderse definitivamente con la consecuente interrupción del tratamiento.

La relación terapéutica es tanto una relación emocional, como una relación informativa.

Si miramos el proceso desde el punto de vista de las teorías sistémicas de la emoción nos damos cuenta enseguida que no hay ninguna oposición entre estos dos aspectos. Por teorías sistémicas de la emoción entiendo las teorías expresadas en lenguajes diferentes por autores como Mandler (1984), Oatley y Johnson-Laird (1987), Kelly (1955) que comparten la noción de que las emociones tienen, entre otras, la función de regular **los procesos de transición** de un subsistema a otro en una estructura compleja. Para entendernos imaginemos a un niño que con su madre presente en la habitación explora activamente el ambiente. Si la madre se aleja, el niño modifica el programa y pasa de un contexto mental de exploración del ambiente a un contexto mental de búsqueda de parecido con la figura de apego. Esta variación de contexto está regulada por una emoción, en nuestro ejemplo de miedo y angustia.

En este sentido la relación con un validador autorizado es por definición una relación emotiva. Si las emociones corresponden a procesos de transición en el sistema, entonces tenemos un validador autorizado. Si la información que proviene del terapeuta es creíble entonces puede modificar puntos de vista, favorecer desplazamientos de contexto mental, invalidar algunas construcciones y validar otras: en resumen, provocar procesos de transición. En otras palabras, el modo con que el paciente entiende que el terapeuta lo ve, es una fuente de emociones porque puede modificar el modo como el paciente se ve a sí mismo. Llamamos, a este modo de ser de la relación terapéutica, relación emocional en el sentido (a); esto nos sirve para distinguirlo de un segundo sentido por el que la relación terapéutica es una relación emocional. Este segundo sentido que llamaré sentido (b) está constituido por la noción clásica de transferencia. El paciente aplica al terapeuta sus esquemas habituales de relación interpersonal y el modo con que interpreta la conducta del terapeuta genera procesos emotivos diversos según si valida o invalida las expectativas generadas por los esquemas. Por ejemplo el paciente teme ser despreciado por el terapeuta así como cree haber sido despreciado por el

padre, examina esta posibilidad en la conducta del terapeuta, y según cómo interprete esta conducta activará o desactivará uno u otro de los esquemas: “aceptado” “despreciado”, es decir, entrará en un contexto mental de aceptación o rechazo con las consecuentes reacciones emotivas.

Dicho de forma más sencilla: una cosa es la emoción suscitada por una interpretación del terapeuta que modifica la visión de los esquemas habituales del paciente (sentido (a)) y otra es la emoción suscitada por la conducta del terapeuta incluido en el **interior** de un esquema habitual (sentido (b)). El modo con el que se resuelve el problema de la **relación** que se instaura entre estos dos tipos de relación emocional representa inevitablemente la principal clave interpretativa con la que entender los procesos de la relación terapéutica.

Mi opinión a este respecto, es que los procesos en sentido (b) son funcionalmente necesarios al instaurarse los procesos en sentido (a). En otras palabras: la aplicación sobre el terapeuta de los esquemas habituales del paciente representan pruebas necesarias para la construcción del terapeuta como validador autorizado.

Las condiciones de seguridad

Weiss y Sampson junto con sus colaboradores del Mount Zion Hospital de San Francisco, han elaborado y controlado experimentalmente una revisión de la teoría clínica psicoanalítica en la cual la transferencia cumple la función de “prueba de las condiciones de seguridad” (Eagle 1984; Weiss 1990; Weiss, Sampson et al. 1986).

La diferencia crucial con lo que Weiss llama la primera teoría freudiana consiste en lo que se considera que está fuera de la conciencia. Mientras que por la aproximación tradicional se excluyen de la conciencia impulsos y deseos, para Weiss, Sampson y colaboradores lo inconsciente son las convicciones negativas que se han formado durante el desarrollo como consecuencia de situaciones traumáticas.

Inconscientes son también los “programas” con los que el individuo intenta dominar las angustias y los conflictos ligados a tales convicciones. El paciente pide la terapia porque quiere dominar sus propios conflictos y angustias. Sus programas inconscientes contienen también una representación de las “condiciones de seguridad” sobre las que poder aplicar el plan inconsciente de control de angustias y conflictos.

Los procesos de transferencia constituyen entonces, según los autores, “pruebas de las condiciones de seguridad” cuya superación comporta una disminución de la angustia y una probabilidad incrementada de que emerjan contenidos inconscientes. Al contrario, un fracaso en la superación de estas pruebas comporta un incremento de la angustia y de las defensas.

Por ejemplo un paciente convencido inconscientemente de haber herido al padre durante la infancia, compitiendo con él, compete con el terapeuta. Esto

ocurre, argumentan Weiss y Sampson, no porque quiera herirlo sino porque quiere asegurarse de que puede competir con él **sin** herirlo.

El grupo del Mount Zion Hospital ha intentado la verificación experimental de sus propias tesis, en particular del hecho que la superación de una prueba de las condiciones de seguridad, seguido de la aparición de nuevos contenidos, ha sido juzgado como altamente probable por un grupo de jueces independientes.

Personalmente encuentro poco que añadir a la concepción de Weiss, Sampson y colaboradores, excepción hecha de tres cuestiones.

La primera de orden teórico general, que nos lleva a las diferencias teóricas entre psicoanálisis y psicoterapia cognitiva, se refiere al estatus de las convicciones negativas respecto al parámetro consciencia-inconsciente. A mi parecer, inconscientes son las estructuras de base que generan las convicciones negativas. Estas últimas, cuando no son decididamente conscientes, son preconscientes en el sentido de los pensamientos automáticos de Beck (1976): es decir, están expresadas en lenguaje telegráfico y aparecen tan plausibles a los ojos del paciente, que no suscitan la atención crítica.

Otra diferencia se refiere a la intencionalidad inconsciente de hacer pruebas de las condiciones de seguridad que Weiss y Sampson atribuyen al paciente. Una hipótesis equivalente, pero más parsimoniosa, puede ser la siguiente: las condiciones de la terapia, la petición de ayuda, el tener que exponer a otro los aspectos más privados de sí mismo, la misma naturaleza de los temas tratados, hacen que se activen los temores y las esperanzas contenidas en los esquemas interpersonales del paciente y que sean referidos a la relación actual con el terapeuta. La conducta de éste último tranquiliza al paciente en sus temores, permitiéndole elaborar más tarde el contenido de tales esquemas. De este modo la aplicación al terapeuta de los esquemas interpersonales del paciente resultaría **funcionalmente y no intencionalmente** una prueba de las condiciones de seguridad. De todos modos, no creo que existan datos empíricos que permitan decidir entre funcionalidad o intencionalidad de las pruebas, por lo tanto las dos versiones tienen un poder explicativo equivalente. Tanto si concebimos los procesos relacionales como pruebas funcionales o como pruebas intencionales, la actitud del clínico será la misma: la de tratarlas como pruebas.

Finalmente el concepto de prueba de las condiciones de seguridad es el de prueba para la construcción del validador autorizado, subrayando dos aspectos diferentes de un mismo proceso. El primero se refiere al aspecto de valoración de su **seguridad**, el segundo al aspecto de **confianza en el otro**. El primero constituye una **valoración de sí mismo** en el contexto de la relación con el otro, el segundo una **valoración del otro** respecto a la relación que tiene con nosotros. Lo que en práctica añade el concepto de construcción del validador, es que después de la superación de una prueba el paciente no sólo se sentirá tranquilizado y más dispuesto a buscar y a aportar nuevas informaciones, sino que estará más dispuesto

a tomar en serio la consideración de la información que proviene del terapeuta. En resumen, después de cada prueba superada no sólo el paciente producirá más, sino que también las interpretaciones y sugerencias del terapeuta serán más eficaces.

Está claro que, en la práctica, estos dos aspectos, el de la seguridad propia y el de la confianza en el terapeuta están estrechamente entrelazados.

En el fondo, si atribuimos a alguien el papel de validador autorizado con respecto a nosotros es comprensible que queramos sentirnos seguros, de que no se va a librar de su tarea en un momento de necesidad, que no nos engañe o abuse del papel que le hemos atribuido, que no nos desprecie, que no nos devuelva una imagen intolerablemente negativa de nosotros mismos y, en fin, que sea lo suficientemente capaz y no se autoengañe, incluso animado por buenas intenciones, que no nos dirija, incluso con buena fe, hacia un camino equivocado. Cada prueba estará constituida por un conjunto de valoraciones sobre la propia seguridad y de la confianza en el terapeuta, no sólo en el sentido de sus buenas disposiciones hacia nosotros, sino también sobre su capacidad para sernos de ayuda. Que esta distinción corresponda a dos procesos distintos, aunque interdependientes, lo demuestra el hecho de que, a veces, pueden entrar en conflicto. En algunos casos por ejemplo los pacientes pueden seguir el aforismo de Groucho Marx: "no aceptaría nunca formar parte de un club que aceptase entre sus miembros a un tipo como yo". En este caso las señales que interpretan como aceptación por parte del terapeuta pueden ser contemporáneamente interpretadas como índices de escasa autoridad de éste último. Un paciente mío, por ejemplo, se lamentaba, entre otras cosas, de su incapacidad para cumplir decisiones sentimentales determinadas. En este punto se había creado, a mi modo de ver, un círculo vicioso de autoinvalidación recurrente (Semerari y Mancini 1987; 1988). Se sentía confuso e indeciso con respecto a sus deseos y sus decisiones y asumía esta indecisión y esta incertidumbre como la prueba más evidente de la debilidad y la falta de determinación de su carácter. Por otra parte como él mismo afirmaba "no podía soportar el sentirse tan incierto e indeciso" por lo que debía interrogarse continuamente sobre "qué quería realmente" y sobre "qué debería querer", terminando así por aumentar la sensación de confusión e indeterminación. Para intentar ayudarlo a salir de este callejón sin salida, observé que quizás era mejor que aceptase que se encontraba en un periodo de incertidumbre y confusión y le pregunté porqué era tan grave el no sentirse perfectamente seguro y decidido. Por el momento pareció sentirse aliviado por mi intervención y admitió, usando una de mis expresiones habituales, que "siempre tuvo un problema de seguridad obligada". En la sesión sucesiva declaró que se sentía mejor y me habló de sus temores a que los otros le juzgaran débil e indeciso. En sesiones posteriores, sin embargo, su punto de vista volvió a ser el precedente. Volvió a lamentarse de su sentimiento de incertidumbre y confusión y a enumerar puntillosamente todos los sucesos que indicaban, a su parecer, su carácter indeciso, esta vez precediéndolos de la

alocución “usted dirá que yo tengo un problema de seguridad obligada, pero...”. Al final tomé como punto de partida una de sus alusiones al hecho de que, según él, había sido muy mimado de joven y que nadie le había puesto de frente a sus responsabilidades, para intervenir diciendo que probablemente era este el esquema que estaba aplicando sobre mí y que temía que mi exhortación a aceptar su momento de confusión constituyera la prueba de un excesiva permisibilidad por mi parte.

El paciente estuvo de acuerdo con esta interpretación. Incluso añadió que recordaba perfectamente el momento en el que le surgió tal temor. Ocurrió, dijo, poco después de la sesión en la que había hablado de sus temores a ser juzgado por los demás como débil e indeciso. Durante toda la sesión se había sentido tranquilo y contento porque tenía la **impresión de que yo no** lo juzgaba de esa forma. Sin embargo, ese mismo día recordando la sesión le vino en mente que si yo aceptaba sin criticarle su debilidad él podía recrearse y no curarse nunca. En este caso una prueba positiva de sus condiciones de seguridad resultaba contemporáneamente una prueba negativa de la autoridad del terapeuta.

El resultado positivo de la prueba: que yo no lo juzgase negativamente, creó las condiciones formales para que el paciente pudiese hablarme libremente de sus temores de ser juzgado. Pero esta aceptación por mi parte había hecho aparecer el temor de que yo fuese débil e indeciso y por lo tanto poco indicado para su terapia.

Hay que destacar en este ejemplo también la fuerte prevalencia de los esquemas “débil” e “indeterminado”. Sería reductivo decir que el paciente “estaba convencido” de ser débil e indeciso. No se trata de esta convicción específica sino de patrones de significado que estructuran la experiencia del paciente. Primero estos esquemas se utilizan para la construcción de la visión de sí mismo, sucesivamente encontramos los mismos esquemas interpretando cómo lo juzgan los otros; al final los encontramos de nuevo usados en la construcción de la imagen del terapeuta.

Las estructuras que construyen al validador autorizado

El proceso de construcción del validador autorizado consiste en una serie de pruebas generadas por los esquemas del paciente referidos a sí mismo y a sus relaciones y aplicadas a la situación terapéutica y a la persona del terapeuta. Para orientarse en este proceso el terapeuta debe hacerse una idea de cuales son los esquemas implicados y de cuales son los índices clínicos que le consienten valorar la marcha de las pruebas. Con respecto al primer problema hemos visto ya cómo, por la aproximación cognitivista, lo que caracteriza y personaliza los procesos psicológicos de una persona, son sus esquemas de significado. La mayor parte de los esquemas activados en el proceso serán por tanto personales y específicos de cada paciente y deberán ser descubiertos y sacados a la luz a lo largo del trabajo terapéutico.

Más allá de estos esquemas personales existe una condición universal que cada uno de nosotros pone en la construcción de un validador autorizado: el sentirse entendidos y entenderle. Hemos dicho que la construcción del validador autorizado se traduce en una disposición de ánimo para considerar creíble la información proveniente de la persona que nos importa. Está claro que esto es improbable que ocurra si no nos sentimos entendidos o si no entendemos lo que dice. De aquí el valor, universalmente reconocido, de las capacidades personales del terapeuta para transmitir empatía al paciente, de su capacidad para escuchar atentamente y de utilizar un lenguaje no técnico y lo más parecido posible al usado por el paciente.

Con este propósito, algunas colegas del centro donde trabajo (Castelli Gattinara et al. 1990) han efectuado, con respecto al tema de su relación con el terapeuta, una serie de entrevistas estructuradas a 13 pacientes que habían terminado desde al menos un año la terapia cognitiva con un terapeuta, distinto de ellas mismas. Veamos cómo las autoras comentan el resultado de la parte de la entrevista que se refiere a la experiencia de la primera sesión.

“Es sobre todo a partir de una actitud no verbal: gestos, posturas, expresión de la cara (mirada, sonrisa, etc.) que los pacientes perciben al terapeuta como tranquilo y capaz de escuchar atentamente, disponible y profesional. Características que los pacientes juzgan fundamentales para poder sentirse seguros, comprendidos y ayudados y para estar, por tanto, a gusto” (1990 pág. 14).

Una serie de esquemas que seguramente generan pruebas, pueden deducirse directamente del tipo de síndrome presentado. Tomemos como ejemplo los agorafóbicos. Las representaciones mentales de este tipo de pacientes giran entorno a la idea de la pérdida de control vivida como una repentina e inminente catástrofe personal. A la idea de encontrarse solos en situaciones temidas se asocian imágenes y temores de morir por un accidente físico repentino, en general un infarto, o un ictus cerebral, o de desmayarse, o de perder el control de sí mismos en una crisis de pánico, o de enloquecer o cometer acciones desconsideradas.

Estas representaciones mentales parecen ser el producto de una construcción de sí mismo como débil, precario, dependiente, que no está en grado de controlar sus emociones y siempre necesitado de ayuda y protección (Guidano y Liotti 1983; Lorenzini e Sassaroli 1987; Winter 1989).

Cuando un agorafóbico se encuentra en fase aguda esta estructura está, por así decirlo, caliente activada. Es inevitable entonces que las pruebas dirigidas al terapeuta se resientan de la misma problemática. Estas pruebas irán dirigidas, por una parte, a la capacidad del terapeuta para contener y gestionar la catastrófica y temida crisis de pérdida de control y su disponibilidad para intervenir en caso de necesidad, y por otra al temor de que el terapeuta pueda desencadenar con intervenciones apresuradas, crisis emotivas catastróficas (Semerari y Donato 1987).

Debo a una paciente mía una imagen eficaz que representa bien al terapeuta ideal de un agorafóbico al comienzo de la terapia: la imagen es la del viejo y buen médico de familia, disponible y concreto, que tranquiliza, asegura y da consejos prácticos que no sobrepasan nunca el sentido común.

Veamos dos ejemplos al respecto.

Una paciente mía agorafóbica en una de las primeras sesiones me habló de las crisis epilépticas de su hermana que había presenciado cuando era niña. Me dijo que la impresionaban mucho. Lo único que podía tranquilizarla era su padre que "nunca perdía la cabeza, y se mantenía calmado y tranquilo incluso en las circunstancias más difíciles".

Alguna sesión después hablándome de su marido me dijo que lo que le había llamado la atención de él era su forma de ser "tranquila", la de un hombre que no "se agita" frente a los imprevistos y que no te sorprende con "caprichos".

Es fácil imaginar cuáles eran los esquemas que la paciente aplicaba al terapeuta para examinar la confianza y la autoridad.

Otra de mis pacientes, siempre en una de las primeras sesiones, hablándome de un colega que la había enviado a mí, me dijo que muchos, antes que él, le habían aconsejado una psicoterapia, pero sólo este colega le había hecho vencer sus temores. Cuando le pregunté qué era lo que la había convencido me contestó que, probablemente, había sido el modo "calmado y tranquilo" con que le había hablado. Añadió después que había dirigido el coloquio con el paso lento y seguro de un montañero. Otro ejemplo de estructuras "del síndrome" implicadas en la generación de pruebas al terapeuta nos puede venir de los pacientes obsesivos. En estos pacientes la naturaleza de las pruebas a las que se someterá al terapeuta, informa sobre la necesidad de prever y controlar los acontecimientos a través de la escrupulosidad y la precisión. Una de mis pacientes, casi al final de la terapia, me dijo que uno de los motivos por los que después de varios meses de tratamiento empezó a fiarse de mí, era que nunca la hice esperar en una cita. Otra vez me dijo que apreció mucho el hecho de que yo empezase a dar mi opinión, sólo después de varias sesiones. En base a esto había deducido que yo ponderaba atentamente las preguntas y no daba interpretaciones azarosas o apresuradas.

De la construcción del validador autorizado a la neoestructura terapéutica

Una implicación muy importante de esta concepción de la relación terapéutica basada en el examen de las condiciones de seguridad y de confianza en el terapeuta tiene que ver con el objeto mismo del trabajo mental del paciente. Lo que se desprende de las consideraciones hechas hasta aquí es que durante gran parte del tiempo el paciente no se ocupa de entenderse a sí mismo o sus conductas, sino que se ocupa en entender y valorar la situación terapéutica y al terapeuta mismo. Examina, valora, elabora la información que proviene de la conducta del terapeuta, de sus intervenciones y de su actitud no verbal. Gran parte del trabajo cognitivo

del paciente está dirigido a construir, a veces sobre la base de lábiles indicios, el punto de vista del terapeuta sobre las diversas cuestiones que pueden emerger en el curso de un tratamiento. Además, si el terapeuta viene construido como un validador autorizado, el paciente tenderá a asumir y a hacer propio lo que ha construido como punto de vista del terapeuta.

Es de este esfuerzo de construcción del terapeuta y de asimilación de su punto de vista que a mi parecer se origina la neoestructura terapéutica. Y es porque representa algo nuevo, ya que se origina construyendo y asimilando el punto de vista del terapeuta, que inicialmente el paciente vive las operaciones llevadas a cabo por la neoestructura como externas a sí mismo (no-self), como ejecutadas por el propio terapeuta; las neoestructuras se expresan en la mente a través de la imagen del terapeuta.

Quisiera hacer notar que este proceso no tiene nada que ver con la sugestión, sino todo lo contrario. Es el paciente el que activamente extrae significados de la conducta del terapeuta, los elabora y los relaciona hasta organizarlos en una subestructura coherente.

A veces el paciente puede resultar incluso demasiado activo en este proceso, hasta el punto de distorsionar gravemente a través de las propias estructuras de significado el sentido de algunas intervenciones del terapeuta. El motor de la terapia es en este caso la tendencia prevalente de las estructuras de significado a construir, elaborar y organizar la información. Y es a través de este proceso que la estructura se modifica a sí misma organizándose en un equilibrio más rico y complejo.

CONCLUSIONES

Espero que el lector me perdonará el que la exigencia de reducir la exposición a unos límites de espacio determinados, me haya inducido a renunciar a comentar con detalle los pasos de la teoría presentada.

Una exposición restringida tiene la ventaja de facilitar una valoración plausible del conjunto, incluso de la veracidad, de la teoría sin dispersar la atención del lector en cuestiones de detalle.

Por esto intentaré resumir de nuevo mi modelo.

Se basa esencialmente sobre ocho afirmaciones: 1) Las condiciones generales por las que un paciente pide la psicoterapia: la necesidad de ayuda y soporte, el sentido de desorientación y la necesidad de claridad y el sentido de vulnerabilidad personal, favorecen dentro del ámbito terapéutico la activación de los esquemas interpersonales relevantes del paciente, que se aplican al terapeuta y a la relación terapéutica. 2) Esta activación explica la naturaleza particular de los fenómenos que se verifican en el ámbito de la relación. 3) Desde el punto de vista de la curación, la aplicación a la relación terapéutica de los esquemas del paciente cumple la función de pruebas a través de las cuales valora sus condiciones de

seguridad y confianza en el terapeuta. 4) La superación de estas pruebas hace que el terapeuta asuma un papel de validador autorizado de la información que el paciente elabora sobre sí mismo y sobre el mundo. 5) En la medida en que el terapeuta se convierte en un validador autorizado, el paciente tenderá a asumir y a hacer suyo el punto de vista del terapeuta, así como consigue construirlo a través de la elaboración continua de los resultados de las pruebas. 6) Este esfuerzo de asimilación concluye con la formación de una neoestructura terapéutica que inicialmente se expresa en el sistema de representación a través de la imagen del terapeuta. 7) A través de las operaciones de la neoestructura el paciente ejecuta conductas nuevas, pero no las vive como pertenecientes a sí mismo (no-self) y tiende a atribuir las al terapeuta. 8) Gracias a la posición ventajosa que asume el terapeuta con la formación de la neoestructura, la labor terapéutica sucesiva permite la integración del nuevo subsistema como estructura funcionalmente supraordenada a la estructura comprensiva del sí mismo.

Este mismo concepto se puede expresar diciendo que la estructura especializada en la construcción del terapeuta se transforma en el punto de vista autorreflexivo del paciente.

En esta exposición he decidido dejar de lado tres cuestiones fundamentales ya que requieren una amplitud equivalente a la necesaria para la representación del modelo de base. La primera cuestión se refiere a los problemas técnicos de valoración e intervención. Conciernen a preguntas del tipo: ¿Cómo podemos valorar y favorecer el proceso de integración de la neoestructura?. La segunda se refiere al papel de las características personales y de las reacciones emotivas del terapeuta en el proceso descrito. La tercera cuestión tiene que ver con la patología de la relación, los casos en los que el proceso descrito de terapéutico se transforma en patógeno. Con estos límites, espero que el modelo propuesto pueda tener su utilidad.

Este artículo considera la relación terapéutica tanto una relación emocional como informativa. Desarrolla el concepto de neoestructura terapéutica y establece las condiciones de validación del terapeuta. Defiende, finalmente, que la neoestructura especializada en la construcción del terapeuta se transforma en el punto de vista autorreflexivo del cliente.

TRADUCCION: Edelia Villarroya Soler

Referencias bibliográficas

- BARTLETT F.C. (1932/1977). *Remembering*. London: Cambridge University Press.
- BECK, A. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss vol. I: Attachment*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss vol. II: Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss vol III: Loss*. New York: Basic Books.
- CASTELLI GATTINARA, P., ISOLA, L., MORGANTI, G., PALLINIS. (1990). La relazione terapeutica come contesto emotivo di cambiamento. *Psicobiiettivo, 1*, pp. 9-21.
- EAGLE, M.N. (1984). *Recent development in psychoanalysis*. New York: McGraw-Hill.
- FREUD, S. (1912). La dinamica della traslazione, in *Opere* (1971) vol. VI, Torino: Boringhieri.
- FREUD, S. (1917). Introduzione alla psicoanalisi, in *Opere* (1976) col. VIII, Torino: Boringhieri.
- GUIDANO, F.V., LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- LIOTTI, G. (1989). *Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: Understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy*. Paper read at the World Congress of Cognitive Therapy, Oxford.
- LORENZINI, R., MANCINI, F., SASSAROLI, S. (1985). La costruzione dell'attaccamento, in F. Mancini, A. Semerari. *La psicologia dei costrutti personali: saggi sulla teoria di G.A. Kelly*. Milano: Angeli.
- LORENZINI, R., SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura: un modello clinico delle fobie*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- MANDLER, G. (1984). *Mind and body: Psychology of emotion and stress*. New York: Norton.
- NEISSER, U. (1976). *Cognition and reality: principles and implication of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- OATLEY, K. JOHNSON-LAIRD, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and emotion, 1*, 29-50.
- PIAGET, J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives: problème central du développement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- SEMERARI, A. (1989). *The construction of therapeutic relationships*. Paper read at the International Congress of Personal Construct Psychology, Assisi.
- SEMERARI, A. (1990). *La relazione terapeutica come processo cognitivo*. Relazione al V Congresso della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Siena.
- SEMERARI, A., DONATO, A. (1987). *La psicoterapia dei costrutti personali*. In R. Lorenzini, S. Sassaroli (op. cit.).
- SEMERARI, A., MANCINI, F. (1987). *Recursive self-invalidation in neurotic processes*. Paper read at VII International Congress on Personal Construct Psychology, Memphis.
- SEMERARI, A., MANCINI, F. (1988). I modelli cognitivo-costruttivisti della sintomatologia neurotica. *Psicobiiettivo, 1*, 31-46.
- WEISS, J. (1990). I processi mentali dell'inconscio. *Le Scienze, 261*, 68-75.
- WEISS, J., SAMPSON, H., MOUNT ZIOM PSYCHOTHERAPY RESEARCH GROUP (1986). *The psychoanalytic process: theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford.
- WINTER, D.A. (1989). An alternative construction of agoraphobia. In K. Giumay (ed.), *Agoraphobia: Current Perspectives on Theory and Treatment*. London and New York: Roulledge.

