

LA “INDAGACIÓN REFLEXIVA” SOBRE EPISODIOS Y SITUACIONES PROBLEMÁTICAS: UNA TÉCNICA DE TERAPIA COGNITIVA DESCRITA DESDE UNA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS COGNITIVO-CONVERSACIONAL

Silvio Lenzi y Fabrizio Bercelli

Sinesis, Asociación para la investigación en ciencias y terapias cognitivas, Bologna y Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad de Bologna
bercelli@dsc.unibo.it

This article proposes a cognitive-conversational analysis of an initial therapeutic session, conducted by an expert cognitive therapist. The selected fragment refers to a problematic situation on the work. Data allows describe some technical aspects of the conduction of the session and formulate some hypothesis relative to therapeutic process.

Introducción

La narración de historias y, especialmente, el relato de aspectos y episodios de la propia vida, es una parte esencial de la existencia de toda persona y constituye un proceso con una connotación marcadamente social. El estudio de las formas narrativas e interactivas que caracterizan las conversaciones autobiográficas y el relato de historias puede contribuir a explicar de qué manera los individuos organizan y proporcionan una coherencia a las actividades de la mente. Según Jerome Bruner (1991) a través de la narración se esclarece la relación entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace, dando lugar a un acto de invención del yo, por medio del cual se forma “de modo sorprendente” la mente misma.

Los relatos autobiográficos se elaboran según convenciones estilísticas y reglas de género bien determinadas. Desde las autonarraciones infantiles hasta la autobiografía literaria propiamente dicha, existen fuertes convenciones que conciernen no sólo a lo que decimos, sino también a cómo lo decimos, a quién lo

decimos, al modo en que nos contestan los que nos escuchan, etc. Bruner afirma que la forma de una vida es función tanto de las convenciones de género y de estilo por medio de las cuales se expresa, como de lo ocurrido en el transcurso de la vida misma, y llega a sostener que los vuelcos de una vida no se deben tanto a hechos reales como a las revisiones de la historia utilizadas para contar sobre la vida y sobre uno mismo. En una palabra, la autobiografía transforma la vida en texto, dejándola abierta a la interpretación y a la reinterpretación, y, en consecuencia, al cambio, sin importar el grado en que el texto queda implícito o explícito.

Bruner utiliza un lenguaje cercano a la psicología cognitivista al articular su pensamiento y afirmar que reflejar los acontecimientos de la propia vida de forma adecuada es un requisito para que éstos se conviertan en representaciones plenamente sujetas al pensamiento. Una de las maneras en que los modos narrativos contribuyen a orquestar el comportamiento humano es la *reconstrucción de la memoria*. Una vez efectuada esa reconstrucción o reinterpretación de la memoria, se hace posible inferir, prever, arriesgarse, de forma a menudo antes inviable. El relato de sí mismo se convierte en un modo fundamental no sólo para revisar el pasado, sino también para cambiar unas formas preconcebidas de reaccionar y de organizar las propias reacciones.

Existen datos procedentes de las neurociencias que subrayan la importancia de la actividad narrativa en la regulación del funcionamiento mental. De forma específica, los relatos de la vida y sus episodios parecen comportar la activación de numerosos procesos de integración cognoscitiva (Siegel, 2001), desde la capacidad para organizar las distintas categorizaciones perceptivas en un orden y una secuencia espacio-temporal (Edelman, 1992), hasta la integración sensoriomotora de sí mismo en un *continuum* entre pasado, presente y futuro (conciencia auto-noética, Wheeler et al., 1997), además de los distintos procesos de integración de las funciones especializadas de los dos hemisferios cerebrales. A través de la narración de historias la recuperación de los recuerdos puede actuar como *modificador de la memoria* (Siegel, 2001) y del conocimiento, permitiendo, por ejemplo, una reorganización de los distintos sistemas de memoria, especialmente de las memorias episódicas, en un conjunto de representaciones mayormente integradas.

Por todo ello, el estudio de las características formales y de contenido de las narraciones, junto al de sus correlatos neurobiológicos, puede ofrecer una interesante perspectiva para comprender el modo de funcionar y de organizarse del conocimiento y de la mente individual. Mas en la actividad narrativa no sólo está involucrada la dimensión individual, sino que todo relato ocurre en el contexto de una interacción y, además, los formatos interactivos ejercen una profunda influencia en el relato mismo y de alguna forma lo generan. De hecho resulta que la narración de historias es un proceso intrínsecamente social, donde los formatos interactivos y las expectativas de los que escuchan tienen un importante papel en la determinación de los contenidos y de las formas del relato (Wiedemann, 1986 y Siegel, 2001). La

profunda influencia del contexto en los modos narrativos se muestra de forma evidente a partir de las primeras etapas del desarrollo. Las experiencias tempranas de apego ejercen efectos importantes sobre la manera en que los niños narran las experiencias de su vida y, probablemente, sobre formas más extensas de organización del conocimiento personal (Bowlby, 1988). Dentro de relaciones basadas en formas de comunicación colaborativa y sintónica los padres van esbozando formas especiales de tratar las experiencias personales, por ejemplo, comunicando con el hijo acerca de los estados mentales creados por las experiencias subjetivas comunes, o reflexionando sobre la importancia de sentimientos y de percepciones personales, de convicciones y deseos, o llevando a la práctica determinados formatos de conversación—llamados “diálogos reflexivos”, que parecen tener un rol fundamental en los procesos integradores de la construcción de narraciones (Siegel, 2001).

Dichos formatos conversacionales conllevan unas formas específicas de interacción y de sintonización cognoscitiva, y parecen estar ausentes en los apegos inseguros, mostrando su importancia en las condiciones favorecedoras de numerosas formas de trastorno psíquico; al mismo tiempo se hallan en la base de procesos creativos de varia naturaleza y de los efectos beneficiosos de las psicoterapias, entendidas como relaciones interpersonales especializadas, dirigidas a facilitar los procesos de autoorganización (por ejemplo, fenómenos llamados de resonancia diádica bilateral, Siegel, 2001).

Según la perspectiva aquí perfilada se puede conceptualizar las psicoterapias como “*conversaciones integradoras*”, es decir, como formas especiales de conversación realizadas por un experto, en condiciones específicas de interacción, de acogida y de colaboración. Dichas conversaciones tratan especialmente aspectos más o menos problemáticos de la vida del paciente, y se orientan hacia la construcción de formas características de narración autobiográfica. En la terapia cognitiva, por ejemplo, los contenidos del diálogo de las sesiones reflejan explícitamente la reconstrucción y la reelaboración de situaciones y de episodios problemáticos, guiadas por el terapeuta por medio de acciones y formatos conversacionales específicos, según la metodología propia de la orientación seguida. Una característica común de las distintas escuelas de psicoterapia cognitivista parece ser la de orientar la reelaboración de acontecimientos problemáticos hacia la puesta en evidencia de los contenidos de la experiencia subjetiva del paciente, poniendo de relieve la manera idiosincrásica de elaborar el conocimiento y de construir los significados que el individuo atribuye a los eventos mismos. Desde técnicas diferentes, las distintas escuelas de terapia cognitiva focalizan la reordenación del conocimiento individual sobre aspectos específicos: por ejemplo, la adecuación de las convicciones del paciente a una visión racional de la realidad, o la integración entre la inmediatez emocional de la experiencia y su reorganización racional (Guidano, 1991).

La conceptualización de las psicoterapias como formas especiales de conver-

sación ofrece la posibilidad de estudiar sus formatos y su curso también desde perspectivas diferentes, utilizando instrumentos cognoscitivos propios de otras disciplinas, por ejemplo la lingüística o la microsociología. En línea con estudios recientes sobre sesiones de terapeutas familiares (Leonardi y Viaro, 1990) los autores de este escrito han emprendido un proyecto de análisis de las metodologías terapéuticas de la terapia cognitiva, y el trabajo que aquí se propone forma parte de ello.

El objetivo de la investigación es, en primer lugar, la descripción exacta de las técnicas terapéuticas utilizadas por los terapeutas cognitivistas, de forma que éstas resulten reconocibles y reproducibles en términos operativos. La descripción se refiere sobre todo al curso interactivo y a los formatos de la conversación utilizados por el terapeuta y el paciente. En segundo lugar, se describen los aspectos cognitivo-narrativos que se manifiestan en las distintas situaciones interactivas producidas en la sesión, y su análisis concierne a los sistemas de memoria activados por la conversación, hallados en el discurso del paciente por medio de equivalentes. A través de este procedimiento se puede identificar y monitorizar unos aspectos importantes del proceso terapéutico: la metodología de análisis utilizada permite poner en evidencia con validez y fiabilidad los acontecimientos interactivos de la sesión y sus repercusiones sobre algunos modos cognoscitivos individuales. Éste constituye el segundo objetivo de la investigación, que en el presente trabajo no se podrá tratar sistemáticamente, y sólo se indicará.

El objeto del análisis son las transcripciones literales de las sesiones. La transcripción se realiza según la codificación internacional de los analistas de la conversación. El método que seguimos es principalmente el del Análisis Conversacional, junto al estudio de los equivalentes lingüísticos de los sistemas de memoria, según la clasificación utilizada por Crittenden (1999) en la codificación del relato del *Adult Attachment Interview*, que, a su vez, se inspira en el trabajo de Main y cols. (in press). Los instrumentos del Análisis de la Conversación, que aquí se utilizan con elementos de la Teoría de los Actos Lingüísticos de Austin y de la Lógica de la Conversación de Grice, se presentan de forma breve pero rigurosa en el trabajo de Leonardi y Viaro de 1990, al cual se remite el lector interesado en profundizaciones metodológicas.

<p>TRANSCRIPCIÓN LITERAL</p>	<p>ASPECTOS INTERACTIVOS y CONVERSACIONALES Análisis de la Conversación (integrada con elementos de la Teoría de los Actos Lingüísticos y de Lógica de la Conversación)</p>
<p>DE LA SESIÓN</p>	<p>ASPECTOS COGNOSCITIVOS Equivalentes lingüísticos de los procesos y de los sistemas de memoria (con criterios añadidos sobre procesos integradores)</p>

Tabla 1: El estudio de las transcripciones de sesión: aspectos analizados y métodos utilizados.

Análisis de una transcripción de sesión

Proponemos ahora el análisis de un fragmento de sesión realizada por un terapeuta cognitivista experto, docente de la Sociedad Italiana de Terapia Cognitivo-Conductual y autor de importantes estudios sobre la técnica psicoterapéutica. Se trata de la primera parte de una de las primeras sesiones terapéuticas de un paciente masculino de edad adulta.

TERAPEUTA: ¿le gustaría empezar por...

PACIENTE: sí

TERAPEUTA: por algún episodio en particular?

PACIENTE: sí (carraspea): usted me dijo que intentara observarme en el trabajo, ¿no?

TERAPEUTA: sí

PACIENTE: pero bien; dígame qué, no sé, un poco más exactamente ¿qué quiere saber?

TERAPEUTA: bueno, pero una cosa es...el objetivo ya se había definido un poco la otra vez, ¿no? es decir, no es tanto cosas específicas que quiero saber, sino más bien comprender, intentar comprender mejor cuándo y por qué le suceden cierto tipo de reacciones, de reacciones, también en el plano emocional

PACIENTE: hm

PACIENTE: pero en fin es decir, en estos últimos... no sé si en esta última semana, de todas formas en estas últimas dos semanas

TERAPEUTA: hm

PACIENTE: ha ocurrido que yo he tenido bueno eso un conflicto con el jefe

TERAPEUTA: hm

PACIENTE: conflicto con el jefe y este jefe fue el secretario del director que estaba en Prato, con el cual yo tuve un pasado y, por así decir bélico exactamente en definitiva

TERAPEUTA: hm

La sesión empieza con una *petición* del terapeuta que parece presuponer unos acuerdos previos: efectivamente, el paciente se refiere a estos acuerdos y pide *aclaraciones* posteriores sobre ello, que el terapeuta proporciona: todo esto enmarca el sucesivo relato del paciente en el marco (o *frame*) de algún tipo de actividad específica de la sesión, dentro del cual también podrá desarrollarse un formato conversacional específico subordinado a los objetivos de la actividad en curso. Obviamente, en las sesiones psicoterapéuticas también puede suceder que en un momento dado la conversación se libere de este marco, convirtiéndose en una conversación más o menos “libre”. Por otra parte, se observa también que el terapeuta intenta sistemáticamente reconducir los contenidos y los formatos de la conversación dentro de las guías preestablecidas, como también sucederá alguna vez en el curso de esta sesión.

En la psicoterapia cognitiva, las formas “especiales” -o por así decir pilotadas- de la conversación, se dirigen generalmente a la indagación (Bercelli y Lenzi, 1999) de situaciones y episodios significativos de la vida del paciente. La indagación se parece en ciertos aspectos formales a una ejercitación, y representa de por sí una forma muy específica de conversación. Aquí, los hablantes se limitan a una porción restringida de la amplia gama de acciones interpersonales que se pueden realizar por medio del lenguaje (Austin 1962) en el ámbito de las interacciones cotidianas ordinarias, donde se puede alternar muy libremente una gran variedad de *frames* interactivos. En cambio, en una sesión de psicoterapia, terapeuta y paciente evitan cuidadosamente la activación de muchos de ellos; si el paciente empieza a activarlos, el terapeuta los contrasta o se comporta de manera que consigue desactivarlos (por ejemplo, *frame de interacción* con un grado excesivo de implicación o de distanciamiento de la experiencia relatada, o acciones de acusación hacia los protagonistas de los acontecimientos, con tentativas de implicar al terapeuta, etc.). Dichas acciones lingüísticas pueden contribuir a la construcción de marcos relacionales específicos, como el agonístico, distintos de las formas colaborativas y “de apego” generalmente consideradas más adecuadas para la interacción terapéutica. A este respecto, veremos cómo el paciente y el terapeuta negociarán el carácter de la conversación y de la relación en un momento sucesivo de la sesión. Por ahora, señalamos la instauración desde un buen principio de un formato de conversación funcional a los objetivos de la sesión, especialmente dirigida a favorecer una condición que capacite al paciente para observar su propia experiencia y para poderla eventualmente reordenar y reorganizar. La construcción y el mantenimiento de esta perspectiva se producen por la acción conversacional del

terapeuta, de la cual intentamos mostrar los formatos más significativos.

En el fragmento transcrito el paciente empieza un relato en estilo narrativo, y cuenta un episodio etiquetado “conflicto con el jefe”, mientras el terapeuta con repetidos “hm” –señales de recepción que estimulan al hablante a seguir, llamadas *continuadores*– indica que considera el relato como contribución de momento aceptable dentro del formato específico de conversación que caracteriza la sesión.

Sigue un largo turno narrativo que omitimos por razones de espacio y del cual resumimos los elementos necesarios para la comprensión de las fases sucesivas de la sesión. El paciente explica en un relato brioso, agitado y, en ocasiones, farragoso, un episodio laboral reciente, inherente a la asignación por parte del jefe de una “antipática” tarea para realizar fuera de la sede de la oficina, tarea que el paciente rechaza, diciendo que se encuentra mal. Al contestarle el jefe que debe redactar por escrito “que se encuentra mal” sigue una pelea entre los dos, al cabo de la cual el paciente consulta a su padre, directivo con mucho poder en el sector, y presenta finalmente el parte requerido, entre miles de autorreproches y recriminaciones. En el relato se hace referencia a otros acontecimientos análogos, ocurridos previamente. El largo turno de palabra del paciente se interrumpe sólo un momento por una *petición de aclaraciones* por parte de T.

Al acabar la narración se produce un intercambio que analizamos a continuación.

TERAPEUTA: bueno, pero volviendo al tema... dado que esto es algo que se repite, me parece... con varias personas, en varios ambientes, en varias situaciones, ¿no?

PACIENTE: en varios ambientes, no ¿por qué?

TERAPEUTA: ambientes de trabajo...

PACIENTE: ah, sí.

TERAPEUTA: no ambientes distintos del trabajo, y (1,0) es decir, ¿sabría, usted, identificar qué es lo que dispara esta reacción suya inicialmente?

Describamos los formatos conversacionales de las intervenciones del terapeuta. El terapeuta *reformula* resumidamente seleccionando y combinando un par de elementos del relato (P discute en el trabajo y ya le ha ocurrido en otro contexto) y *pide confirmación* de haber comprendido bien. El paciente corrige, el terapeuta se corrige, el paciente confirma, y entonces el terapeuta puede proceder a plantear la pregunta cuyo resumen aparece como preámbulo: la *pregunta es en forma indirecta* (“¿sabría, usted, identificar qué es lo que” en lugar de “¿qué es lo que”), lo que sugiere que la respuesta puede no ser fácil, puede requerir reflexión, y facilita que el paciente pueda contestar que no lo sabe. El contenido es el de una *pregunta de aclaración causal*: dado Y, hallar X tal que X produce Y. Lo que se pide parece ser una explicación algo abstracta, es decir, no se pregunta qué ha causado o precedido Y en un caso determinado, sino que se pregunta en general, en referencia a varios

episodios. En definitiva, se trata de una pregunta a la cual puede ser difícil contestar porque requiere una elaboración cognitiva compleja, requiere que el paciente formule una teoría explicativa propia de los acontecimientos y también en cierto sentido de sí mismo, y el terapeuta la presenta como pregunta en este sentido ardua. Veamos cómo contesta el paciente.

PACIENTE: ¿me tengo que curar yo solo?

TERAPEUTA: bueno, sí (risa de ambos)

PACIENTE: no, era una broma, perdone

TERAPEUTA: no, a lo mejor no es una broma, abramos un pequeño paréntesis, no e...

PACIENTE: el objetivo es este, usted me dijo...

TERAPEUTA: eh? sí

PACIENTE: bueno, claro

TERAPEUTA: mi..., de alguna manera mi cometido, mi papel, es mucho más hacer preguntas que dar respuestas, ¿no?, haciendo una pregunta mejor que otra, sí...

PACIENTE: no, y luego sino uno se convierte en terapeuta-dependiente durante toda la vida..., por lo que hace falta adquirir un método autónomo para hacer estas cosas...

PACIENTE: el motivo ... es decir el motivo...

La secuencia referida interrumpe la temática principal del discurso, y constituye un *meta-frame de negociación de la actividad en curso*, probablemente de la terapia entera: en términos clínicos, es un momento importante para la definición de la alianza terapéutica. Dura unos pocos turnos, está fuertemente marcada como secuencia parentética. El paciente mismo, que la había abierto, la cierra empezando su respuesta a la pregunta “difícil”.

Puede ser útil intentar imaginar cómo habrían ido las cosas si el terapeuta hubiese aceptado la provocación y la crítica indirecta del paciente (el curarse por uno mismo podría entrañar como mínimo una ausencia del terapeuta, o peor, una carencia por su parte), por sentir el deber de defender su rol y su competencia profesional. Al contrario, su respuesta “de rendición” desactiva inmediatamente una posible confrontación agonística potencialmente activada por las palabras del paciente, y restablece el clima de sintonía y de colaboración, hasta el punto que el paciente se disculpa por lo que define una broma, que sin embargo potencialmente podía ser una crítica o una provocación, y posibilita la continuación de la elaboración.

A veces un simple intercambio humorístico puede desempeñar un papel muy importante dado que puede abrir o cerrar determinados desarrollos de la terapia, que podría adquirir por ejemplo un carácter agonístico con consecuencias negativas tanto sobre la adhesión a las técnicas propuestas, como sobre el estado subjetivo del paciente y sobre el uso de los recursos personales para mejorar su condición (en el

sentido de una reducción de las capacidades metacognitivas, por ejemplo Semerari, 1999). Si se nos permite la comparación, transiciones de este tipo son como los cambios de vías para un tren al salir de una estación: de una ocurrencia puede depender todo el curso de una terapia (y por ello, también, en algún caso, el destino de una vida...).

Pero volvamos a nuestra sesión para observar cómo procede la indagación sobre los conflictos laborales.

PACIENTE: el motivo... es decir el motivo...

TERAPEUTA: el motivo puede ser demasiado abstracto...

PACIENTE: (carraspea) no no es que sea abstracto, es huidizo...por ello tal vez es psicológico, es decir es un poco huidizo y un poco tiene muchas facetas, es decir que...probablemente son varias cosas, en fin...

TERAPEUTA: es decir pero, más que el motivo, digamos, ¿no? ¿cuáles son las situaciones:: que habitualmente activan este..., quedándonos así más en lo concreto... los tipos de situaciones que generalmente disparan esta reacción suya?

En su primer turno el terapeuta interrumpe al paciente para corregir la primera palabra de su respuesta precedente. El paciente reanuda corrigiendo la corrección, y luego el terapeuta interviene nuevamente, reformula la pregunta y añade una *glosa de conducción* que dice algo acerca del programa de la actividad en curso (glosa programática: “al motivo podemos llegar en un segundo momento”).

Las glosas programáticas son una prerrogativa del terapeuta y son bastante características de las terapias cognitivas: tienen la importante función de comunicar al paciente y acordar con él el programa de la sesión y/o de la terapia, y, a veces, incluso las razones del mismo programa, y se refieren por lo tanto a la definición y al mantenimiento del contrato terapéutico.

Desde los albores de la terapia cognitiva los modos de la relación terapeuta-paciente han sido objeto de mucha atención a causa del estilo más activo y directivo asumido por el terapeuta, especialmente en relación a las terapias de orientación analítica. Dichos modos se han definido como empirismo colaborativo (ver Semerari, 2000) y se han utilizado muchas metáforas –entre las cuales la del profesor y la del investigador, experto del método el primero, de los contenidos el segundo– para aclarar el concepto. Opinamos que el Análisis de la Conversación utilizado puede ser útil en cuanto permite describir concretamente las formas exactas con las cuales se manifiestan en el diálogo las distintas actitudes comunicativas y relacionales, y también porque permite averiguar la correcta aplicación de la técnica en cuestión, una vez estén disponibles descripciones precisas de la misma. Una de las acciones conversacionales más típicas y frecuentes en terapia cognitiva la constituyen las glosas de conducción: también a través de éstas el terapeuta ejercita su propia directividad y su rol. En otros trabajos (Bercelli y Lenzi 1998, Lenzi y Bercelli 1999), al lado de las que aquí llamamos programáticas, hemos

proporcionado ejemplos de glosas de conducción de tipos diferentes, entre otras las que se utilizan para especificar la actividad en curso (por ejemplo: cómo recordar de una forma diferente de la habitual) y para guiar al paciente en su realización.

Volviendo a la sesión, en el mismo turno en el que aparece la glosa programática observamos que la pregunta de aclaración causal ya planteada precedentemente se reformula ahora en términos más específicos, es decir, se circunscribe una subclase de X que preceden y en consecuencia pueden contribuir a causar Y. Veamos la continuación, que empieza con la respuesta de P, aplazada más veces y de varias maneras.

PACIENTE: por ejemplo, cuando mi padre dice: “conozco al jefe del departamento”, ¿no? porque mi padre también estaba en la empresa, es decir, y yo entonces sé que igual conozco alguien que está por encima de, o conozco a través de un amigo del partido al subsecretario del Ministerio... éste es ciertamente un incentivo para discutir... pero ¿por qué tengo que soportar cosas... de este imbécil? en fin, yo... además estas protecciones de mi padre sí existen, pero... no sé, muy mediatizadas, en fin, por lo que no es que se dé la intervención directa de estos personajes.

TERAPEUTA: es decir entonces ¿uno de los elementos que dispara este tipo de reacción es la suposición de tener una protección?

(17,0)

PACIENTE: además, probablemente ...

TERAPEUTA: pero esto... de saber que puedo tener una protección... Pero a ver, un momento, perdone, tenía que acabar usted..., decía saber que puedo tener una protección ¿me lleva a qué? ...

(26,0)

La pregunta del terapeuta requería una especie de reordenación y de esquematización de los acontecimientos en cuestión, más allá de la ambigüedad de la expresión “concretamente”, que, de todas formas, sobre la base de lo que ha dicho y dirá el terapeuta a continuación, parecería referida a la conexión temporal y causal de los eventos en conflicto con la tentativa de explicación que ofrece el paciente con la palabra “motivo”. La respuesta del paciente presenta, en cambio, algún aspecto de fragmentación, debido a la introducción de nuevos detalles, y de sobreimplicación afectiva, expresada animadamente por medio de la reproducción de frases ajenas y propias. El terapeuta contesta a la respuesta del paciente con una reformulación de la respuesta misma, que reordena la información según el esquema causal propuesto. La frase la pronuncia con un tono interrogativo que pide confirmación de la fidelidad de la reformulación. Y aquí, pasa algo notable: hay una pausa muy larga (17 segundos), del todo inusual en una conversación ordinaria. El silencio se puede atribuir al paciente, dado que el terapeuta ha preguntado algo que ha completado, y el paciente no contesta; sin embargo, el terapeuta contribuye al silencio no tomando la palabra. En una conversación ordinaria, si alguien plantea una pregunta

y el otro no contesta, un silencio tan prolongado se entiende como una acción que puede ser interpretada de varias formas: una forma habitual es tratarla como dificultad en contestar, dificultad que no depende de una mala recepción (auditiva o cognitiva) de la pregunta, en cuyo caso el paciente pediría aclaraciones sobre el sentido de la misma.

¿Cuál es el significado atribuido a este silencio del paciente? Terapeuta y paciente parecen tratarlo como un espacio de tiempo que el paciente necesita para reflexionar, para elaborar cognitivamente consigo mismo acerca de la cuestión propuesta por el terapeuta. En efecto, el contenido de la pregunta del terapeuta puede requerir una reflexión prolongada: la pregunta del terapeuta es abstracta, en cuanto requiere que el paciente reconozca un esquema causal general de su manera de funcionar emocional y cognitivamente. La continuación confirma que ésta es la actitud compartida por ambos en referencia a lo que está sucediendo (y de esta forma los dos contribuyen a definir implícitamente el *frame* específico activado).

PACIENTE: bueno, me lleva por un lado ehh...en fin cómo se llama... ahh...yo creo que tengo una imagen un poco infatuada de mí mismo por lo que... yo puedo permitirme forzar ciertas situaciones, contestar de un cierto modo, retirarme de ciertas cosas...yo creo que esto gratifica un poco mi narcisismo en definitiva...

(21,0)

TERAPEUTA: porque el objetivo, ¿cuál sería?

(16,0)

PACIENTE: no sé, igual que los compañeros digan que ... que yo no tengo miedo y que ... ellos tienen miedo ... en fin así, estas cosas

(6,0)

PACIENTE: no, me venía una ocurrencia en fin, que desde luego es () psicoanalítica, que los compañeros puedan decir: “ése la tiene más grande que nosotros”, en definitiva T/P¿?: el apoyo

(17,0)

TERAPEUTA: ¿y esto te hace sentir que vale, si... si los compañeros dicen algo así?

(17,0)

PACIENTE: bueno en fin, probablemente ... y el asombro que suscita en fin estas:: estas:: mi actuación... el asombro complacido en fin ... de los compañeros, probablemente para mí es una gratificación

La pausa de 21 seg., a diferencia de la anterior, es un silencio del terapeuta, dado que el paciente ha concluido de alguna forma su respuesta y ahora le toca al terapeuta replicar, mostrando su recepción de la respuesta (expresando, por ejemplo, que es una respuesta satisfactoria para los fines de la actividad en la cual el terapeuta es profesionalmente responsable) y planteando, eventualmente, otra pregunta, como sucede habitualmente y como hasta ahora también ha ocurrido en

esta sesión. El terapeuta también puede necesitar tiempo para elaborar una pregunta basada no solamente en la última respuesta del paciente, sino también en muchos otros elementos, y en la aplicación sobre éstos de los complejos instrumentos cognitivos especializados que el terapeuta utiliza para elaborar los materiales ofrecidos por el paciente. En efecto, la pregunta sucesiva del terapeuta (“porque el objetivo, ¿cuál sería?”) modifica notablemente el esquema cognitivo-semántico antes propuesto por el terapeuta (situación → reacción conductual y emocional) al introducir y poner en primer plano un elemento que antes no se había tomado en consideración (situación → reacción conductual y emocional de un agente dotado de un objetivo que explica la reacción). Está claro que ambos entienden el siguiente silencio del paciente como una reflexión legítima sobre una cuestión nueva y difícil propuesta por el terapeuta (que, a su vez, ha necesitado una larga pausa de reflexión para poder plantearla).

El tipo de actividad que aparece aquí es un *frame* específico ya bien configurado, que presenta como puesta en juego la reordenación colaborativa del relato de situaciones problemáticas y de episodios, a través de un diálogo conducido por el terapeuta y salpicado por largas pausas de reflexión silenciosa del uno y del otro. Se pone así en evidencia, por un lado, la secuencia causal de los acontecimientos, y, por el otro, determinados aspectos del modo de funcionar del paciente. Llamaremos *indagación reflexiva* a este *frame*, jugando sobre la doble acepción del adjetivo para entender por una parte el objeto del mismo diálogo, constituido por la experiencia (de sí) del paciente, por la otra, su forma, por así decirlo, pensativa.

La última pregunta del fragmento anterior es muy interesante, y parece mostrar un aspecto ulterior de este *frame*. El terapeuta había preguntado qué objetivo tenían determinados comportamientos y el paciente acaba de contestar que el objetivo podría ser que los compañeros digan ciertas cosas de él. En este punto, el terapeuta hace una pregunta que modifica una vez más el esquema, y presupone una hipótesis acerca del afecto emocional que la reacción belicosa le puede producir al paciente en esa situación, dado su objetivo. Vemos en consecuencia que la elaboración continúa en el sentido de una cada vez mayor generalización e integración reflexiva de los elementos cognoscitivos. Si antes se había perseguido una organización cognitiva de la información, en este último paso y en las preguntas repetidas en el fragmento conclusivo, se busca un nivel ulterior de integración con el objetivo de focalizar un sentido de sí mismo inherente al episodio. La tabla 2 resume las distintas transiciones temáticas realizadas por el terapeuta en el curso de la reelaboración de la situación de los conflictos laborales.

Primer paso	Segundo paso	Tercer paso	Cuarto paso
“¿qué es lo que dispara esta reacción suya?”	“¿cuáles son los tipos de situaciones que disparan esta reacción suya?”	“porque mi [de P] objetivo ¿cuál sería?”	“¿y esto le hace sentir bueno?”
qué ⇒ reacción	Qué situaciones ⇒ reacción	Esas situaciones ⇒ qué objetivo personal	situaciones + objetivo ⇒ efecto en el sentido de sí mismo

Tabla 2: Desarrollo temático guiado por el terapeuta a través de las preguntas de aclaración

Después de identificar el aspecto central de la conversación en curso, es decir, el de estar orientada a la reconstrucción de una determinada ordenación temática de las experiencias problemáticas del paciente por medio de una actitud reflexiva, tomaremos brevemente en consideración los aspectos cognoscitivos que se manifiestan en el discurso que el terapeuta y el paciente están llevando. Como ya hemos mencionado en la introducción, para ello utilizamos la clasificación de los sistemas de memoria propuesta por P. Crittenden para el análisis de las transcripciones del *Adult Attachment Interview* (Crittenden, 1999). Crittenden describe 5 sistemas principales de memoria (procedimental, por imágenes, semántica, episódica y de trabajo o integradora), y los subdivide en dos subgrupos relativos al tipo de información que utilizan. La información definida como cognitiva, es decir, la relativa a la ordenación temporal de los eventos y a las atribuciones de causalidad entre los eventos precedentes y los sucesivos, se considera implicada en los sistemas de memoria procedimental y semántica, mientras que la llamada información afectiva, basada en el reconocimiento innato de señales procedentes del ambiente y percibida inicialmente como un sentido de activación emocional más o menos focalizada, resulta ser propia de los sistemas de representación por imágenes (visual, auditivo, cinestésico, olfativo y gustativo) y de estructuras relacionadas con la utilización evocativa y, en consecuencia, con los aspectos pragmáticos del lenguaje. Los dos tipos de información se integran a nivel general en la memoria de trabajo, y, a nivel más específico, en la memoria episódica, proporcionando al individuo los instrumentos cognoscitivos necesarios para hacer frente al ambiente externo. Un aspecto ulterior de integración entre los sistemas de memoria concierne a las posibles relaciones que se pueden establecer entre los dos tipos de información en el ámbito de la elaboración del conocimiento personal. Se trata de esa dialéctica específica, interna al conocimiento, que se ha descrito de distintas formas en el contexto de estudios sobre el trabajo clínico –como metamodelo de la construcción de significados (Bandler y Grinder, 1981), como influencia recíproca entre códigos del conocimiento (Teasdale, 1996), como actividad (Bucci, 1997), como relectura

explícita del conocimiento (Guidano, 1987), como dialéctica entre las polaridades del sí, del yo y del mí (Guidano, 1991), etc.– y que para los fines del análisis que estamos realizando puede ser vista como una relación de influencia recíproca recursiva entre los subsistemas de la información afectiva y de la información cognitiva. No nos parece arriesgado relacionar con esta dialéctica la elaboración continua del conocimiento personal realizada por medio de las narraciones acerca del self, e hipotetizar que, para una buena adaptación del yo, hace falta un equilibrio y una armonía entre los dos tipos de información y entre los distintos tipos de memoria.

A través del análisis de los relatos de episodios autobiográficos se ponen de manifiesto unas configuraciones de activación de los sistemas de memoria, y unas relaciones entre la información cognitiva y la afectiva características para cada individuo, que pueden por lo tanto abrir una perspectiva interesante acerca del estado de la organización cognitiva y del funcionamiento mental del sujeto, y que se pueden utilizar como sistema diagnóstico funcional, como instrumento de evaluación del curso de una psicoterapia y como marco-guía para el uso de técnicas psicoterapéuticas (Crittenden, in press, y Lenzi, 2001).

Por lo que concierne a la aplicación de estos criterios a nuestra sesión, resulta evidente que, por un lado, las formas del relato del paciente expresan sobre todo informaciones afectivas; basta pensar en lo torrencial del relato, en la frecuencia de la introducción de “imágenes”, especialmente discursos directos, en el cambio frecuente a través de la secuencia espacio-temporal de los eventos relatados, y, además, en la implicación del paciente en una reflexión ‘en vivo’ sobre los problemas inherentes a los episodios contados. Por otra parte, como ya hemos puesto de manifiesto, toda la actividad del terapeuta parece dirigida a la reordenación “cognitiva” de los eventos en cuestión y, como también veremos en la próxima secuencia, a una ulterior integración de la información cognitiva conseguida, que desemboca en un sentido global del self. Casi todas las acciones conversacionales del terapeuta, desde el planteamiento inicial de las formas del relato, hasta el tipo de preguntas dirigidas a una elaboración cronológico-causal de los eventos, pasando por las reelaboraciones-resumen de los contenidos y por las distintas glosas de conducción, parecen orientadas a incrementar las informaciones cognitivas y denotan una notable coherencia en cuanto a la línea de conducción de la sesión y, según nuestra opinión, una relativa facilidad para la identificación del *frame* dominante, de sus características y de su influencia en los sistemas cognoscitivos.

Vamos a analizar unas secuencias sucesivas, en las que se pone de relieve otros dos aspectos de los modos de conducción típicos de este *frame*, es decir, la posibilidad de excluir determinados contenidos y formas de conversación (partes subrayadas) –lo que el terapeuta ya hizo al principio de la sesión– y el planteamiento repetido de la misma pregunta (en cursiva), a pesar de las respuestas proporcionadas por el paciente.

[se omiten unos turnos]

PACIENTE: pero al mismo tiempo que existen estas fantasías narcisistas satisfechas también hay otro aspecto, es decir en realidad los compañeros interpretan luego esto como inestabilidad mental ... no como uno que tiene apoyos importantes y un cuerpo débil, sino como alguien que arma follones más de lo debido en definitiva

TERAPEUTA: pero dejemos estar el discurso de la inestabilidad mental, ¿eh? Quedémonos con el discurso de que uno tiene apoyos importantes y hace lo que le da la gana

PACIENTE: porque por un lado, perdone si...

TERAPEUTA: claro, claro

PACIENTE: por un lado satisface mi narcisismo, pero por el otro es autodenigratorio al mismo tiempo

TERAPEUTA: hm

PACIENTE: ¿por qué? Porque siempre lo hago de la forma equivocada, porque siempre lo hago emotivamente, porque lo hago por chorradas que no valen la pena, porque en el fondo no me habían atacado y... y... igual en cosas importantes etc... etc...podía pasar perfectamente sin hacerlo, en definitiva

(7,0)

TERAPEUTA: sí, pero dejemos de lado un momento también estas...

PACIENTE: luego, la primera denigración venía de mi padre, porque yo llamo, ha pasado esto “¡te has equivocado!”

TERAPEUTA: hm, pero decía dejemos de lado también estos últimos aspectos no del «hago idioteces pero las hago de forma demasiado emocional etc...» pero si i i::, hagamos un discurso también puramente hipotético, ee ...es decir si los compañeros (.) piensan, digamos, piensan que... yo me permito ciertas cosas porque tengo unos apoyos mayores (4,0) esto ¿cómo me hace sentir?

(20,0)

PACIENTE: sí en fin, satisfecho no sabría decirlo, no satisfecho en fin, una parcial, una satisfacción parcial (3,0) luego yo siempre dudo en fin de que estos apoyos luego... ¿no?

TERAPEUTA: supongamos que estén, si estamos razonando por hipótesis, ¿no?

PACIENTE: es decir yo me miento también a mí mismo en fin, porque luego a veces me engaño a mí mismo estas... estos apoyos que igual no están al 100% sino que están, al 20%, ¿me entiende? El primero que hace trampa soy yo, en definitiva...

TERAPEUTA: sí, pero lo que quisiera entender, admitiendo incluso que estén al 100%, real o no real que sea, ¿no? (2,0) ¿por qué me siento

satisfecho?

(11,0)

TERAPEUTA: *es decir ¿qué significa para mí tener apoyos mayores?*

(3,0)

PACIENTE: pues no lo sé, para empezar es rechazar el, un papel en fin así que, que de otra forma, en el cual de otra forma estaría totalmente identificado es decir el del oficinista en fin así que en cambio tiene que soportar incluso las pequeñas vejaciones del jefe, el estar reducido sólo a eso, no obstante en el pasado haya alimentado fantasías más grandes en fin...

TERAPEUTA: **pero**

PACIENTE: no sé, ¿yo tengo que reducirme, en la vida, a soportar las vejaciones de un cretino?

TERAPEUTA: **bueno, esto ocurriría en la hipótesis que estamos planteando ... gracias a alguna otra persona, es decir no gracias a mí**

PACIENTE: eh

(17,0)

PACIENTE: sí, no es gracias a mí, en fin, pero es como si alguien me dijera que esta es una manera para quedarme un poco también fuera y por encima pues a esta situación ... aunque es una manera, en fin que no se apoya en mis fuerzas, pero es una forma para quedarme un poco fuera en fin pues, no totalmente identificado en este rol que... no me gusta, en fin no me gratifica narcisísticamente y no formaba parte de las fantasías de mi pasado, etcétera, etcétera...

TERAPEUTA: **¿entonces el punto de partida es (.) a mí no me gusta el trabajo que estoy haciendo?**

PACIENTE: eh

(13,0)

TERAPEUTA: **¿y qué es lo que me gustaría hacer?**

En la primera parte de esta secuencia podemos notar un aspecto típico de la directividad del terapeuta, es decir la capacidad para excluir determinados contenidos de la conversación, que tienden a cambiar el formato de la conversación en curso (indagación reflexiva). Vemos que el paciente utiliza la invitación del terapeuta a hablar de cómo le hace sentir su propia conducta hacia los compañeros, para deslizar en el tema de la “inestabilidad mental” que se le ha atribuido, y que el terapeuta muestra que prefiere, de momento, ignorar. El discurso sobre la “inestabilidad mental” podría, en efecto, fácilmente activar un formato interactivo en el cual al terapeuta le tocaría asumir el rol de “diagnosticador” y al paciente el de “objeto de diagnóstico” –*frame* típico de la interacción médico/paciente y muy diferente al de la indagación reflexiva. Para restablecer la línea del discurso anterior, el terapeuta recurre a una glosa de conducción temática (“pero dejemos estar...”) de forma

ligeramente conflictiva (interrumpe el paciente y utiliza el adversativo “pero”) y encuentra la oposición del paciente que pide mantener la nueva línea (“perdone si”) y obtiene temporáneamente el permiso por parte del terapeuta (“claro, claro”). En los turnos siguientes el terapeuta muestra varias veces (partes subrayadas) no querer entretenerse sobre los otros aspectos introducidos por P, especialmente parece no querer alejarse del modo reflexivo de razonamiento, y rechaza tanto la referencia a los reproches del padre (referidos por el paciente con el discurso directo, es decir con un notable grado de implicación), como la oferta de discusión sobre la real existencia de los apoyos mismos (utilizando en este caso una glosa de conducción para introducir una forma especial de razonamiento: el razonar “por hipótesis”). La aparición frecuente y característica de tales glosas refleja –y al mismo tiempo señala– que el terapeuta está siguiendo con rigor especial una línea del discurso y un modo de elaboración que considera especialmente importantes (relacionados, como decíamos más arriba, con la percepción integradora de un sentido del self). En una fase de indagación más libre las glosas temáticas podrían ser más escasas, y las pausas de reflexión menos frecuentes y más breves; la indagación reflexiva, en cambio, se caracteriza tanto por pausas de reflexión más largas y frecuentes como por glosas temáticas más frecuentes y argumentadas más explícitamente, lo que en este caso indica un desarrollo temático que sigue de forma *manifiesta* una elaboración esquemática como la representada en la tabla anterior (la cursiva de “manifiesta” subraya que lo que cuenta no es la elaboración cognitiva desarrollada en privado en la mente del terapeuta, con respecto a la cual sólo podemos arriesgar una especulación opinable, sino la elaboración cognitiva expresada en la conversación de forma suficientemente explícita para poder ser reconocida de hecho por el paciente, que lo revelará con alguna señal).

La continuación del diálogo muestra otro fenómeno conversacional de este *frame*: una misma petición de explicación se vuelve a proponer varias veces, también a distancia, es decir, después de que el discurso se ha alejado más o menos del tema propuesto por la pregunta. En el fragmento hemos señalado con cursiva la repetición esencialmente igual de una pregunta tres veces (presentada de la misma forma por el hablante con abundante uso de “es decir”) que por otro lado ya se había planteado unos turnos más arriba (“¿y esto le hace sentir bien?”). La repetición de una misma pregunta indica que la respuesta proporcionada hasta el momento no es satisfactoria, luego significa pedir una ulterior elaboración; pero también señala que el terapeuta considera que es un punto crucial, y que por ello podemos considerarla como una de las maneras de expresarse del esquema que está alimentando su indagación en ese momento.

La última parte de la secuencia mantiene los rasgos de la indagación reflexiva excepto al final, en que el discurso toma un curso que podría reconducir a un formato más cercano a la conversación ordinaria. En la penúltima pregunta el terapeuta pide *confirmación* acerca de su *reformulación* de la respuesta precedente del paciente,

reformulación que tiene como tema un elemento nuevo (“a mí no me gusta el trabajo que estoy haciendo”), que se puede relacionar con la situación problemática objeto de la indagación.

El paciente da media respuesta afirmativa, luego calla, y el terapeuta, que también calla, le da una larga oportunidad para contestar mejor. El paciente no la aprovecha, entonces el terapeuta hace una pregunta (“¿y qué te gustaría hacer?”), que no se puede entender ni como pregunta de explicación (ni mucho menos como una pregunta de descripción de las situaciones problemáticas), ni como petición de rellenar unas casillas del esquema explicativo, sino como una pregunta “fácil y ordinaria” que prevé una respuesta inmediata, incluso aunque fuera “es lo que yo también quisiera saber”.

La diferencia entre las que podríamos llamar “preguntas ordinarias” y “preguntas no ordinarias” es que las primeras son del tipo de las que alguien siente que le hacen y se hace a sí mismo bastante a menudo, por lo que es normal y previsible que tenga alguna respuesta ya preparada, incluso también “sabe que no tiene la más mínima idea”. Las preguntas “no ordinarias”, en cambio, van dirigidas a guiar cognitivamente al otro, incluso descolocándolo, porque son preguntas que entrañan para el paciente formas no habituales de elaborar su propia experiencia, dado que se trata de esquemas con los cuales incluso el terapeuta tiene un grado de familiaridad mayor o menor, según su experiencia y su orientación, y que también para él serán en general esquemas no tan familiares como los de la vida de cada día, exceptuando tal vez para los verdaderos “maestros”. En tal sentido las reconstrucciones de un episodio guiadas en forma dialógica en las sesiones de terapia cognitiva por medio de los formatos de la indagación reflexiva (o con otras variantes de la terapia cognitiva, con la técnica de la moviola, o con el *frame* del relato libre, analizados en Bercelli y Lenzi, 1998, Lenzi y Bercelli, 1999) representan de por sí una técnica específica, diferente de otras técnicas terapéuticas más cercanas a las formas de la conversación ordinaria.

Comentarios finales

En la introducción a este trabajo hemos subrayado la importancia de las narraciones para la vida individual y, de modo especial, de las autobiográficas, poniendo de relieve por un lado la función de organizador de la vida mental y, por el otro, su dimensión esencialmente social. Así como desde la primera infancia las conversaciones reflexivas entre madre e hijo son características del apego seguro y se relacionan en consecuencia con el bienestar psicológico, en la edad adulta es posible facilitar las formas de autoorganización y de autocuración del individuo, por medio de formatos de una conversación que se define terapéutica.

En concreto, la terapia cognitiva se puede definir como una forma específica de conversación alrededor de episodios y de situaciones problemáticas, con el objetivo de armonizar los modos cognoscitivos del individuo. Según esta perspec-

tiva los autores de este trabajo se han propuesto analizar las transcripciones de sesiones de terapeutas expertos, con un método apto por un lado para poner en evidencia los eventos y los formatos interactivos, por el otro para seguir las activaciones paralelas de los sistemas y de los procesos de memoria. El análisis integrado de estos fenómenos permite describir el curso de una sesión desde una perspectiva no reduccionista, y con métodos empíricos fiables, poniendo de manifiesto las acciones interactivas y las características de la comunicación -reconstruyendo así la técnica terapéutica- así como llegar a formular, además, hipótesis verificables acerca del proceso terapéutico, lo que consiente su monitorización.

En la sesión analizada, paciente y terapeuta dialogan acerca de una situación problemática, estando el formato conversacional del terapeuta –especialmente a través de la alternancia de preguntas de explicación y de momentos de elaboración silenciosa– dirigido a centrar el discurso en la estructuración cronológica y causal, y a reordenar las formas narrativas fragmentarias del paciente, con el objetivo de alcanzar un sentido unitario del self integrado. Durante la sesión se produce un momento de potencial conflicto, relativo a los roles y a los modos de la terapia, resuelto de forma brillante por el terapeuta, que puede intensificar el trabajo de reelaboración semántica (temático causal) de integración de los eventos en cuestión. En cambio, no se han podido evidenciar aspectos relativos a las memorias implícitas dependientes del estado y del contexto, que sin embargo se pueden evocar a través de la reconstrucción de episodios. Tales procesos procedimentales y por imágenes resultan de todos modos muy presentes en las formas espontáneas de la narración del paciente. El trabajo terapéutico, realizado por medio del formato conversacional de la indagación reflexiva, parece haber consistido en una integración semántica de las formas narrativas habituales del paciente, previamente focalizadas sobre aspectos mayoritariamente “afectivos”.

Después de ilustrar brevemente los marcos teóricos de la metodología utilizada, el artículo propone el análisis cognitivo-conversacional de parte de una sesión inicial de un proceso terapéutico, realizada por un terapeuta cognitivista experto. El fragmento de la sesión concierne a la reconstrucción de una situación problemática en el trabajo. Por medio del análisis se identifican las características de algunas fases importantes de la sesión, y sus relaciones con las formas de organización de los sistemas de memoria activados en el transcurso de la conversación. Los datos conseguidos permiten describir algunos aspectos técnicos de conducción de la sesión, así como formular hipótesis acerca del proceso terapéutico.

Traducción: Neus López y María Monini

Referencias bibliográficas

- AUSTIN, J. (1967). *How to do Things with Words*. Oxford: Oxford University
- BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975). *The Structure of Magic*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books
- BERCELLI, F. & LENZI, S. (1998). Analisi Conversazionale di sedute di Terapia Cognitiva. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 2, 6-27
- BERCELLI, F. & LENZI, S. (1999). Riascoltando una seduta II. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 4, 42-60
- BERCELLI, F., LEONARDI, P. & VIARO M. (1999). *Cornici terapeutiche*. Milán: Raffaello Cortina.
- BOWLBY, J. (1988). *A Secure Base*. Londres: Routledge
- BRUNER, J. & WEISSER, S. (1991). *L'invenzione dell'io: l'autobiografia e le sue forme*. En: Olson D. R., Torrance N. (1995). *Alfabetizzazione e oralità*. Milán: Raffaello Cortina
- BUCCI, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science*. Nueva York: Guilford Press
- CRITTENDEN, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. (Edición italiana coordinada por Fava Vizziello, G. y Landini, A.) Milán: Raffaello Cortina
- CRITTENDEN, P.M., LANDINI, A. & CLAUSSEN A.H. (in press). *A dynamic-maturational approach to treatment of maltreated children*.
- EDELMAN, G. (1992) *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*. Nueva York: Basic Books
- GOFFMAN, E. (1974). *Frame Analysis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University
- GRICE, H. P. (1978). *Logica e conversazione*. En: Sbisà, M. (coord.) (1978). *Gli atti linguistici*. Milán: Feltrinelli
- GUIDANO, V. (1987). *The Complexity of the Self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Nueva York: Guilford
- GUIDANO, V. (1991). *The Self in Process: Toward a Post-rationalist Cognitive Therapy*. Nueva York: Guilford
- LENZI, S. (2001). Come agisce l'EMDR. Contributo per una interpretazione in chiave cognitivo-costruttivista. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 9, 26-45
- LENZI, S. & BERCELLI, F. (1999). Riascoltando una seduta III. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5, 50-81
- LENZI, S. & BERCELLI, F. (2000). Riascoltando una seduta – IV. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 3, 38-54.
- LEONARDI, P. & VIARO, M. (1990). *Conversazione e terapia*. Milán: Raffaello Cortina
- MAIN, M. & GOLDWYN, R. (in press) *Adult Attachment scoring and classification systems*. En: Main M. *Assessing Attachment through Discours, Drowings and Reunion Situations*. Nueva York: Cambridge University
- SEMERARI, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milán: Raffaello Cortina
- SEMERARI, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari: Laterza
- SIEGEL, D. (1999). *The Developing Mind*. Nueva York: Guilford
- TEASDALE, J.D. (1996). *Clinically Relevant Theory: Integrating Clinical Insight with Cognitive Science*. En: Salkovskis, P.M. (ed). *Frontiers of Cognitive Therapy*. Nueva York: Guilford
- WIEDEMAN, P. M. (1986). *Erzählte Wirklichkeit: zur Theorie und Auswertung narrative Interviews*. Weinheim: Beltz
- WHEELER, M.A., STUSS D.T. & TULVING E. (1997). Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and autoeotic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.