

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

INTEGRACIÓN COGNITIVO-ANALÍTICA
EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen V - 4º. trimestre 1994

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

20

Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: ARIADNA VILLEGAS TORRAS

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

Secretaria de Administración: INMACULADA RODRIGUEZ ESTAUN

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen V - N° 20 - 4º. trimestre 1994

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Gabinete Velasco Tel.: 418 28 67 BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA,
Llull 109, 08005 Barcelona. Tel.: (93) 485 26 78

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.500 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA: UN PARADIGMA DE INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA. ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA, ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS.	5
Carlos Mirapeix	
DEL ECLECTICISMO A LA SÍNTESIS: HACIA UNA INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON MENOS COSTURAS.	45
Paul L. Wachtel	
EL EFECTO INTEGRADOR DE LA REFORMULACION: TERAPIA COGNITIVO-ANALÍTICA EN UN PACIENTE CON UN TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD.	57
Anthony Ryle y Hilary Beard	
RUPTURAS EN LA ALIANZA TERAPEUTICA: UN AMBITO PARA NEGOCIAR UNA AUTENTICA RELACION.	69
Jeremy D. Safran.	

* * *

COMENTARIO DE LIBROS	93
TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES. MANUAL TERAPÉUTICO.	
Mark Musé, Gloria Frigola y Raúl del Río	

EDITORIAL

Las primeras propuestas de integración en psicoterapia no son ciertamente recientes. Se remontan a los años cincuenta cuando Dollard y Miller llevaron a cabo un intento de integración entre conductismo y psicoanálisis en su conocida obra *Personalidad y Psicoterapia*. El intento resultó, sin embargo, prematuro y fue seguido de una explosión divergente, más que convergente en los años sucesivos, de los modelos terapéuticos, dando lugar a la proliferación abusiva de los años 60 y 70 en que cualquier pequeña variación técnica se utilizaba como justificación de una nueva *marca* de psicoterapia. La saturación y agotamiento de tanta variedad de especies llevó en los años ochenta a un esclarecimiento del panorama, con el decantamiento hacia los modelos más sólidos, fundamentados en los grandes paradigmas psicológicos: psicoanálisis, conductismo, psicología cognitiva. La necesidad de clarificar los factores de eficacia en psicoterapia puso de relieve, por otra parte, la escasa incidencia de los factores específicos y aumentó el interés por los factores comunes. Esta situación favoreció el diálogo entre los grandes paradigmas y con ello la aproximación de los enfoques psicoanalíticos y cognitivos en psicoterapia, dado que el conductismo había evolucionado, entre tanto, hacia una versión más cognitiva. De este modo se dio impulso al movimiento integrador en psicoterapia y más en concreto a un acercamiento entre terapias dinámicas y cognitivas.

Uno de los pioneros de este movimiento fue, sin duda, Anthony Ryle, quien ya a finales de los 70 propugnaba un lenguaje común para las psicoterapias. Esta aproximación integradora fue concretándose en un modelo de actuación terapéutica que el autor denominó Psicoterapia Cognitivo Analítica (PCA). Para dar cuenta de las características teóricas y técnicas de este enfoque integrador Carlos Mirapeix, uno de los mejores conocedores de la obra y el pensamiento de Ryle en España, presenta en el primero de los artículos de esta monografía, titulado “Psicoterapia Cognitivo Analítica: un paradigma de integración en psicoterapia”, un análisis de los fundamentos conceptuales, de los desarrollos técnicos y del ámbito de aplicaciones con los que se ha configurado el modelo de Ryle. El trabajo tiene la virtud además, de contextualizar históricamente la aparición de la Psicoterapia Cognitivo Analítica y de resaltar su aportación al movimiento de integración en psicoterapia.

El segundo de los artículos es original del propio Ryle en colaboración con Hilary Beard, que nos permite conocer de cerca el desarrollo de la técnica aplicada de la Psicoterapia Cognitivo Analítica a través de un caso de terapia breve con una paciente con un trastorno borderline de personalidad. La transcrip-

ción de los diálogos desarrollados con posterioridad al proceso exitoso de la propia terapia nos dan a conocer las características del proceso seguido por parte, tanto de la paciente, como de los terapeutas.

Watchel ha sido otro de los autores que desde hace años viene propugnando una acercamiento entre los enfoques psicoanalítico y cognitivo-conductual. En concreto una de sus obras más conocidas *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration* hace referencia ya a finales de los años 70 a la posibilidad de integración entre ambos enfoques. Desde entonces ha continuado ofreciendo ilustraciones teóricas y técnicas de cómo proceder a esta integración. El artículo que de él publicamos en este número constituye una muestra interesante de este punto de vista y ofrece, al mismo tiempo, el relato de unas intervenciones terapéuticas imaginativas y coherentes con esta línea integradora.

Cerramos la monografía con un interesante y emotivo artículo de Jeremy Safran que hace referencia a uno de los aspectos que menos han elaborado las terapias cognitivas, pero que en cambio ha merecido un amplio reconocimiento por parte de las terapias analíticas, el de la *alianza de trabajo*. El autor nos propone una visión de este fenómeno terapéutico, como la de un componente fundamental para el éxito de la psicoterapia y, a la vez, como una dimensión presente en o común a todas las modalidades terapéuticas, señalando con particular énfasis la importancia de utilizar las posibles rupturas en la alianza como ocasiones de oro y ámbitos en los que negociar una auténtica relación terapéutica.

Siguen las secciones habituales dedicadas a comentarios bibliográficos y terminamos con la inclusión en las últimas páginas de este número de un índice general de los números publicados durante el presente año 1994, lo que permite obtener una visión conjunta de los trabajos que han visto la luz en nuestra Revista de Psicoterapia recientemente.

PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA: UN PARADIGMA DE INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA. ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA, ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS.

Carlos Mirapeix

Director del Instituto de Estudios Psicoterapéuticos. Santander.

An integrative view of psychotherapy is given in this article, specifically a cognitive analytic model, based mainly on the Cognitive Analytic Therapy (CAT), described by Anthony Ryle, though with some modifications. In order to frame the theoretical and technical aspects of this model, the historical background of CAT is also reviewed, giving special emphasis to the attempt of synthesizing behaviorism and psychoanalysis, which was already carried out in the past.

1.- INTRODUCCION

La importancia que están recibiendo los modelos integradores en psicoterapia ha sido ya reseñada en otros artículos anteriores (Beitman 1989; Villegas 1990; Arkowitz 1992; Goldfried 1992; Mirapeix 1992, 1993). De acuerdo a los últimos trabajos publicados sobre el tema, el 65% de los psicoterapeutas norteamericanos se reconocen a sí mismos como integradores y/o eclécticos (Jensen, 1990; Norcross, 1992), y entre éstos la utilización conjunta de aproximaciones cognitivas y analíticas es de las modalidades que mayor predicamento tiene.

Concretamente la Psicoterapia Cognitivo Analítica es uno de los modelos de psicoterapia integradora que mayor implantación tiene en Inglaterra (Shapiro 1994), y recientemente en el *International Journal of Short Term Psychotherapy*, se ha publicado un número monográfico sobre este modelo de psicoterapia (Cowmeadow 1994; Duignan 1994; Dunn 1994; Fink 1994; Leiman 1994; Marlowe 1994; Ryle 1994 a,b).

Hoy en día, para casi todos los que trabajamos cotidianamente en la clínica, el

modelo bio-psico-social (Engel,G 1977,1980), constituye el modelo que nos dota de una estructura teórica que nos permite abordar la complejidad de los problemas que tratamos. Recientemente ha habido aportaciones, provenientes de la teoría general de sistemas (Von Bertalanffy, 1965), que han ayudado a clarificar y a ampliar el modelo descrito originariamente por Engel (Sperry et al 1992). Según este modelo, se toman en consideración distintos aspectos de los diferentes subsistemas que componen el ser humano, que pueden verse alterados en un padecimiento particular; los desbalances de los sistemas de neurotransmisión, experiencias psicológicas de pérdida, patrones de relación interpersonal anómalos, y situaciones sociales desfavorables, pueden, y habitualmente están contenidas en un trastorno depresivo típico.

Lo que resulta extraño, es que ante la flexibilidad y complejidad que nos permite este modelo en el análisis de la patología —y de la normalidad—, no se haga la extrapolación al campo de la psicoterapia y concretamente al campo de la integración dentro del propio subsistema psicológico; de tal forma que resultase posible integrar distintos aspectos de la conducta, la cognición y el afecto, que estuviesen implicados en el padecimiento de una enfermedad concreta. Es decir que mas allá de la integración longitudinal intersistema, Bio-Psico-Social, nos planteásemos un nivel de integración transversal (intrasistema), en este caso el de la psicología individual del sujeto. Por continuar con el ejemplo del trastorno depresivo descrito, y en línea con argumentaciones del propio Beck (1988), las experiencias emocionales de pérdida, los patrones cognitivos disfuncionales y las conductas poco reforzantes que desarrolla el depresivo, son todos ellos aspectos complementarios de análisis. Este último planteamiento de **integración intrasistema**, en el que resulta posible integrar distintos elementos teóricos, objetivos terapéuticos y estrategias técnicas de distintos paradigmas psicoterapéuticos, es el que sustenta esta concepción y práctica integradora de la psicoterapia, que presentamos.

Cuando nuestro sesgo teórico no nos deja prestar atención a toda esta complejidad, resulta que como terapeutas somos tan culpables de nuestra falta de atención selectiva a contribuciones potencialmente beneficiosas de otras orientaciones, como lo son nuestros pacientes de su dificultad en apreciar los cambios que podrían mejorar sus vidas (Goldfried,M. 1992). Con frecuencia realizamos intervenciones terapéuticas dirigidas a modificar el pensamiento dicotómico (maniqueo, polar, escindido) de nuestros pacientes, intentando hacerles que desarrollen una mayor amplitud en su capacidad de juicio, relativizando sus posiciones para que no se sitúen en polos antagónicos en el análisis de la realidad que se plantean. Autores con fundamentos teóricos tan diferentes como Kernberg (1987) o Beck (1983) siguiendo directrices teóricas y técnicas distintas, harían algo similar con sus pacientes, haciéndoles elaborar sus mecanismos de escisión el uno, o relativizar su pensamiento dicotómico el otro.

De la misma forma, los terapeutas deberíamos trascender nuestra tendencia a

posicionarnos en una concepción estrecha, polar y dicotómica de la realidad clínica, siendo capaces de admitir que las cosas, habitualmente son más complejas que lo que nuestro paradigma teórico nos permite explicar, y que haríamos bien en relativizar nuestros juicios, estar abiertos a aportaciones provenientes de fuera de nuestro propio sistema, permitirnos aprender de lo que dicen otros, y no creer que nuestra teoría tiene “la verdad” que explica la conducta humana. De tal forma que si los terapeutas cognitivo conductuales aprendieran de los terapeutas psicodinámicos orientados interpersonalmente cómo focalizar el funcionamiento interpersonal de los pacientes, mejoraría el impacto que producen en el ajuste social de sus pacientes. A su vez, los terapeutas psicodinámicos podrían mejorar su efectividad a la hora de provocar una reducción en los síntomas si hubiesen adoptado algunos procedimientos utilizados por los terapeutas cognitivo conductuales (Castonguay, 1989).

2.- DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA

La psicoterapia cognitivo-analítica (P.C.A.) es un claro exponente de lo que venimos diciendo. En este sentido cabría definir la P.C.A. como una terapia integradora, que intenta sintetizar distintos elementos teóricos y técnicos tanto del campo de la Psicoterapia como de otros fuera de este terreno.

La P.C.A., recibe influencias de diferentes escuelas (Ryle 1991; Leiman 1994), que se resumen en la siguiente tabla 1. (pág. siguiente)

La teorización psicoanalítica, que utiliza conceptos derivados de la teoría de las relaciones objetales, desarrollada por Fairbain (1962), está reelaborada en términos cognitivos, y las intervenciones terapéuticas son más activas y variadas que en las terapias psicoanalíticas. Como se recoge en la tabla 1, la P.C.A. reconoce influencias de diferentes escuelas psicoterapéuticas, así como ve en ellas algunas deficiencias que no deja de mencionar.

Por otro lado, la P.C.A. ha sido aplicada ampliamente en el NHS (Sistema Británico de Salud Pública), en el que trabajar dentro de un límite temporal es esencial para responder a las necesidades de la población (Watson y Ryle, 1992; Shapiro, 1994). La mayoría de los pacientes reciben 16 sesiones, pero algunos pueden precisar solamente 8 ó 12. La naturaleza activa y limitada en el tiempo de la terapia, no induce a regresión y la P.C.A. resulta ser segura y efectiva con todo el abanico de trastornos neuróticos y de la personalidad; la peor de las consecuencias es que se puede precisar más terapia y en tal caso el “ensayo de terapia” que se ha experimentado en la intervención dentro de la P.C.A., es una buena guía para aquello que resulte indicado posteriormente. Así, durante la última década el desarrollo de la P.C.A. ha supuesto una nueva aportación, a través de la cual se puede ofertar una psicoterapia limitada en el tiempo, y que permite dar una respuesta flexible a un amplio rango de pacientes y problemas. Por lo que vemos pues, la P.C.A. es una psicoterapia ampliamente utilizada, pero hay que ampliar y matizar la definición tan escueta de la P.C.A. que realicé al inicio:

PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALITICA INFLUENCIAS MAS SIGNIFICATIVAS (VENTAJAS E INCONVENIENTES)

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
PSICOANALISIS	APEGO COMO ESTRUCTURADOR IMPORTANCIA DE LAS EXPERIENCIAS TEMPRANAS RELACIONES INTERNALIZADAS TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA	VICTIMAS DE IMPULSOS LENGUAJE CONFUSO TEORIA CERRADA SALTO TECNICA/METAPSICOLOGIA
TEORIA CONSTRUCTOS PERSONALES (KELLY)	EL HOMBRE COMO CIENTIFICO JERARQUIZACION DE LOS CONSTRUCTOS TERAPIA COLABORATIVA CAMBIO MEDIBLE (REPATORY GRID)	INFRavalORACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN ACCIÓN INFRavalORACIÓN DEL PAPEL DE LA EMOCIÓN
CONDUCTISMO	CONDUCTA COMO APRENDIZAJE ESTABLECIMIENTO DE METAS OPERATIVAS DIRECTIVIDAD DEL TERAPEUTA METODOLOGIA E INVESTIGACION	SIMPLE E INCOMPLETA OLVIDA MUCHAS COSAS
TERAPIA COGNITIVA	IDENTIFICACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS TEORIA DE LOS ESQUEMAS PERSONALES AUTOMATIZACION Y REGISTROS	EMOCION SECUNDARIA MECANICISTA INFRavalORACION DE LA ACCION
TERAPIA SISTEMICA	CIRCULARIDAD CAUSAL REFLEXION EPISTEMOLOGICA	INFRavalORACION DE LO INDIVIDUAL

TABLA 1

1.- **Es un enfoque terapéutico integrado:** está incluido dentro de lo que hoy se denominan M.I.P.(Modelos Integradores de Psicoterapia), de tal forma que utiliza elementos tanto teóricos como técnicos, procedentes de diferentes escuelas, realizándolo de una manera flexible.

2.- **Es una psicoterapia breve:** se establece inicialmente un límite de sesiones (entre 12 y 16), que puede ser modificado en cuadros graves alargando la duración y que también puede ser utilizada con parejas, grupos e incluso en enfoques de psicoterapia a largo plazo en condiciones especiales.

3.- **Es una psicoterapia focal:** terapeuta y paciente intentan clarificar uno o varios focos sobre los que poder trabajar en la terapia. Permitiendo esto establecer uno o más procedimientos patológicos utilizados por el sujeto, para los que se podrán utilizar un amplio rango de métodos terapéuticos.

4.- **Es una terapia cognitiva:** en la medida que hace una utilización plena de la capacidad del paciente para pensar acerca de sí mismo, de sus estrategias cognitivas de afrontamiento, de sus esquemas básicos (estructuras centrales de significación). Por otro lado es una terapia que utiliza sistemáticamente los autorregistros y las tareas para casa. Muchas de las técnicas utilizadas son tomadas de los enfoques cognitivo-conductuales.

5.- **Es una terapia analítica:** desde el punto de vista de que toma en cuenta fuerzas desconocidas para el sujeto, ideas que están en un nivel inconsciente, deseos, y registros de memoria que le son desconocidos al sujeto. Así mismo, y de manera muy importante toma en cuenta el poder de la relación paciente/terapeuta, siendo entendida en términos de transferencia/contratransferencia.

6.- **Es una terapia de acción:** en la que el interjuego entre procesos mentales (cogniciones y afectos), acción, y las consecuencias de la acción, se enfatiza de manera encarecida. Una concepción proactiva y retroactiva de los procesos ayuda definitivamente a comprender la interrelación entre los niveles indicados.

7.- **Es una terapia aplicable en múltiples settings:** incluidos pacientes ambulatorios, Centros de Salud Mental Públicos, Hospitales de Día, Práctica privada, Departamentos de Asistencia Social, así como por terapeutas procedentes de diferentes entrenamientos primarios como: psiquiatras, psicólogos, médicos, ATS y trabajadores sociales.

8.- **Es una terapia sujeta a investigación, evaluación y desarrollo:** es un modelo terapéutico relativamente reciente, que ha sido objeto de investigación y cuyos resultados se han presentado en revistas prestigiosas (ver bibliografía), pero a estas alturas sí que se puede decir que es una primera terapia apropiada y segura para muchos de los trastornos neuróticos y de personalidad que puede satisfacer las necesidades de una gran proporción de estos pacientes.

9.- **Es una terapia que requiere supervisión:** es una terapia que necesita ser llevada a cabo bajo supervisión hasta que el terapeuta adquiera sus habilidades maduras.

10.- **No es una panacea:** hay pacientes que no evolucionan favorablemente y otros para los que no está indicada. Después de un tratamiento fallido se puede realizar un segundo intento o ser necesaria la aplicación de terapias específicas para trastornos concretos.

Este último punto me sirve para reflexionar sobre algunos aspectos generales que me parecen de especial interés. La P.C.A. no pretende ser efectivamente ninguna panacea, más bien todo lo contrario como tendremos ocasión de explicar posteriormente. Pretende ser un primer modelo de intervención, breve, rápido y efectivo para la mayor parte de los casos y, ser un buen detector e indicativo de la necesidad de posteriores tratamientos más especializados. Solo plantearé para el lector una línea argumental que no voy a desarrollar aquí, pero que considero muy importante. Los trastornos mentales más comunes (Goldberg 1993), están siendo desatendidos por los psicoterapeutas profesionales, que parecen más interesados en desarrollar modelos complejos de psicoterapia para trastornos poco frecuentes, olvidándose que lo más numeroso en la práctica clínica son los trastornos mentales menores, incluso subclínicos, para los que no es posible realizar un diagnóstico DSM-IV o CIE-10.

3.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Una breve revisión de la historia de los intentos de integración en psicoterapia en general y de las concepciones cognitivo-analíticas en particular resulta indispensable para contextualizar y dar solidez al presente enfoque.

La historia de la Psicoterapia es la historia de paradigmas que se desarrollaron de manera desconectada, sin tenerse en cuenta unos a otros, viniendo su desarrollo marcado por las escisiones, las divergencias, los enfrentamientos y las rivalidades, así como por las descalificaciones tanto teóricas como técnicas e incluso en muchas ocasiones personales. Pero no vamos a caer en este posicionamiento de análisis histórico, que prima una visión antagónica de los paradigmas, pues esto no deja de ser una visión un tanto maniquea; las cosas como siempre son más complejas, pues a lo largo de estos casi 100 años de psicoterapia, los intentos de integración han sido también una constante.

La importancia de la historia de los modelos integradores de psicoterapia se refleja entre otras cosas, en que en el último texto publicado sobre historia de la psicoterapia (Freedheim, 1992) se incluye un capítulo completo que se refiere a la historia de los modelos integradores de psicoterapia (Arkowitz, 1992).

3.1.- ASPECTOS GENERALES DE LA HISTORIA DE LOS INTENTOS DE INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA EN EL SIGLO XX.

Recientemente hemos remitido a publicación un trabajo sobre el tema (Mirapeix, C y Gonzalez de Rivera, J,L), en el que se ha hecho una extensa revisión de la evolución histórica de estos modelos a lo largo de siglo XX. En esta ocasión incluiré

exclusivamente un breve resumen de la misma, dado que hay múltiples publicaciones sobre el tema y a los interesados se les remite a la publicación reseñada.

HISTORIA DE LOS MODELOS INTEGRADORES EN PSICOTERAPIA		
PERÍODO	FECHA	HECHO SIGNIFICATIVO
PROTOHISTÓRICO	HASTA 1950	TRABAJO DE DOLLARD Y MILLER
PREINSTITUCIONAL	HASTA 1983	CREACIÓN SEPI
INSTITUCIONAL	DESPUÉS DE 1983	PROFUSIÓN DE TRABAJOS

Tabla 2

En el trabajo citado (Mirapeix y González de Rivera, en prensa), dividíamos la historia de los modelos integradores en psicoterapia en: un período protohistórico que llega hasta 1950, momento en el que aparece un libro capital: “Personalidad y Psicoterapia” de Dollard y Miller; un segundo período que se extiende de 1950 hasta 1983, momento en que se crea en Estados Unidos la SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*), llamando el período pre-institucional; y es a partir de 1983 y especialmente a partir de 1985 -fecha en que se celebra el primer Congreso de la SEPI en Maryland, USA- cuando entramos de lleno en lo que podemos denominar el período Institucional, sin lugar a dudas, el más fructífero.

A pesar de lo reciente de la incorporación de esta concepción de la psicoterapia en España (Mirapeix, 1994), a nadie que consulte la bibliografía que hay sobre el tema, se le escapa la importancia que estos modelos tienen a nivel internacional, considerándose una de las líneas con mayor futuro dentro de la psicoterapia (Norcross, 1993).

3.2.- HISTORIA ESPECIFICA DE LOS INTENTOS DE INTEGRACIÓN ENTRE CONDUCTISMO Y PSICOANÁLISIS:

Se podría decir sin temor a equivocarse, que la historia de la integración teórica en psicoterapia, es la historia del intento de combinar los enfoques psicoanalíticos y conductuales.

En esta tradición, el primer texto publicado en inglés y procedente del campo psicoanalítico es el de French (1933). En esa época French estaba preocupado con la correspondencia entre los constructos Paulovianos de inhibición, diferenciación y condicionamiento, y con los conceptos psicoanalíticos de represión, elección de objeto e insight.

Situamos la fecha de 1950 como hito de la protohistoria que describimos, por hacerlo coincidir con el trabajo más influyente publicado por ese año, se trata como hemos mencionado antes, del libro de Dollard y Miller “Personalidad y Psicoterapia”. Como señala en el capítulo 1, en su versión española (1977), el fin último de este libro es el de combinar la vitalidad del psicoanálisis, el rigor del laboratorio

científico natural y los hechos relacionados con la cultura, expresando con ello indudablemente el espíritu integrador que se va a respirar a lo largo de todo el texto. Desde el prefacio, los autores intentan clarificar que la psicoterapia debería dotarse de unos principios generales, que estos fuesen razonables y de una extensión apropiada, y poderse aplicar a todos los tipos de terapia. De tal forma que la comprensión de estos principios debería ayudar al estudiante de psicoterapia, o a quien profesionalmente la practica, a que resulte más fácil el adaptar sus técnicas a los problemas infinitamente variables y complejos de la terapia. A mi juicio este es uno de los primeros y trascendentes alegatos en favor de la complementariedad de las escuelas.

Una línea argumental importante fue la planteada por Sandor Rado (1958), quien comentaba, que vencer las represiones y ser así capaz de recuperar el pasado es una cosa; y aprender de ello y ser capaz de actuar consecuentemente con el nuevo conocimiento es otra. Todo esto llevó a que durante mucho tiempo el interés en profundizar en la historia del sujeto, llegara a convertirse en una meta en sí misma, incluso en la meta del tratamiento. Cuando, realmente, el pasado debe subordinarse a la totalidad de la vida presente del sujeto y servir de esta forma como base para el desarrollo de comportamientos más adaptativos en el futuro, por parte del paciente (Alexander 1964). Esta síntesis que permite el planteamiento de Alexander entre la búsqueda en la biografía del sujeto para promover una mayor adaptación al entorno, es la base que sustenta la posibilidad de trabajar de manera complementaria con dos orientaciones simultáneas, una dirigida a la elaboración del conflicto y otra a la resolución del síntoma, favorecedora de una mayor capacidad adaptativa del sujeto. Ambos niveles no sólo son complementarios si no que entre ellos hay una relación dialéctica (ver Wachtel, 1977).

Durante la década de los sesenta, uno de los mayores defensores de la integración fue London (1964), quien argumentaba que de un sistema integrador que trabajase simultáneamente con técnicas dirigidas al insight y a la acción, cabría esperar que fuese más efectivo para un mayor rango de problemas, que uno que enfatizase sólo una de estas aproximaciones mencionadas anteriormente.

A lo largo de la década de los 70 se observa un interés creciente en la integración de los enfoques conductuales y psicoanalíticos. En 1970 los artículos de Birk; y Birk & Brinkley-Birk (1974), presentan algunas ilustraciones clínicas que demuestran cómo las terapias orientadas hacia el insight pueden favorecer el cambio conductual y cómo los cambios conductuales, por su parte, pueden facilitar a su vez cambios cognitivos. Termina diciendo el autor (Birk, 1970) que la noción de que la psicoterapia dinámica y la terapia conductual son incompatibles probablemente está sustentada en el hecho de que muy poca gente esté bien entrenada en ambas técnicas.

Posteriormente, uno de los trabajos a mi juicio más importantes es una ampliación de su posición que realiza Birk y Birk & Brinkley en 1974 (su primer intento de síntesis en el año 1970). En el artículo del 1974 el planteamiento sintético

que realizan los autores sobre las posibilidades de la combinación del psicoanálisis y la terapia conductual es tan clarificador que merece la pena reseñarlo con detenimiento.

Una de las razones fundamentales por las que el psicoanálisis y la terapia conductual tienen claramente definidas una serie de diferencias aparentes en su modo operante, tiene que ver con que las metas de ambas terapias son distintas. Es decir, un psicoanálisis exitoso viene marcado por la maximización de la autopercepción del self, que es capaz de “dar sentido a” experiencias profundas psicológicas que han sido accesibles a través de la interpretación consciente. La terapia conductual, por otro lado, centra sus objetivos primariamente en la modificación de las conductas, de acuerdo con los estándares determinados social y externamente, a través de la manipulación de las contingencias ambientales. Ambas son terapias consistentemente orientadas, en el sentido de que ambas intentan conseguir objetivos acordes con su superestructura teórica, de tal forma que estos fenómenos constituyen categorías que no necesitan ser coextensivas; la meta y los resultados terapéuticos se mantienen esencialmente separados.

El psicoanálisis tendría, pues, como objeto de su trabajo psicoterapéutico llevar los datos internos al nivel consciente, intentando conseguir una armonía que viene mediada a través de la lógica y de la autoconsistencia de los sucesos mentales; la terapia conductual por otro lado tendría como finalidad llevar al individuo, (que manifiesta fenómenos y conductas externamente observables) a una mayor armonía en el entorno físico y social, de tal forma que las consecuencias de sus actos estén en armonía con ese entorno, manteniendo de forma deliberada la idiosincrasia de sus acciones.

El modelo que proponen los autores, busca combinar los aspectos internos y externos de la actividad; mirando a la autopercepción como un potenciador del cambio conductual, y prestando atención a una evaluación cada vez más realista de los refuerzos y castigos del ambiente social-natural, como motivo para continuar la autorrealización basada en el insight. Es decir, tanto el insight, como los sistemas de feedback externo pueden ser utilizados conjuntamente, para exponer, clarificar y cambiar los patrones individuales de reacción y los patrones individuales perceptivos, cuando éstos han probado su ineficacia. Uno, de esa forma, encuentra la forma de maximizar la adecuación entre el individuo, su autoevaluación, y la percepción de la realidad externa, y la respuesta a esa realidad y su actual posición existencial. A juicio de los autores, el psicoanálisis y la terapia conductual no deben representar por más tiempo dos sistemas de creencia en guerra o dos tradiciones clínicas separadas, sino que como técnicas, ambas pueden ser usadas para reforzar las debilidades en la cadena terapéutica de la una o de la otra.

La enjundia de la cita que antecede es de tal calibre, que a mi juicio, es una de las mejores explicaciones acerca de la posibilidad de integrar dos modelos teóricos clásicamente enfrentados, a pesar de que incluso estén sustentados en dos visiones

del mundo y en dos posicionamientos epistemológicos antagónicos.

Por otro lado, estaban sucediendo un número importante de cambios dentro de la teoría y la técnica psicoanalítica, que a su vez estaban facilitando el proceso de integración con la terapia conductual. La teoría de las relaciones objetales y la psicología del yo, hicieron que el psicoanálisis estuviese más psicologizado (Guntrip, H.1972), de tal forma que estos desarrollos dentro del propio campo psicoanalítico, permitieron a su vez que éste pudiera acercarse a los desarrollos cognitivos dentro del campo conductual, favoreciéndose el proceso de síntesis e integración teórica, confirmado por las elaboraciones de muchos autores en esta época (Ryle, A. 1978-1980; Wachtel 1977).

En esta década otros modelos importantes, que apuntaban hacia la integración, fueron los de Helen Singer Kaplan (1974), quien presentó un modelo de psicoterapia sexual que es una combinación de técnicas conductuales y psicodinámicas. Desde el punto de vista de la terapia familiar, también Alan Gurman, (1978), examinó las posibles convergencias entre la terapia conductual y la psicoanalítica y la teoría de sistemas en las aproximaciones a la terapia conyugal.

A finales de la década de los 70 aparecen los primeros trabajos de Anthony Ryle, estableciendo un nexo de unión entre la psicología y la psicoterapias cognitivas y el psicoanálisis; buscando un lenguaje común de la psicoterapia a través de la reformulación en términos cognitivos de la teoría de las relaciones objetales de Fairbairn. Estas aportaciones iniciales de Ryle a la síntesis de los modelos cognitivos y psicoanalíticos no ha sido recogida con la importancia que tiene, en la literatura americana de integración en psicoterapia.

Desde 1983 hasta la actualidad, se está produciendo una auténtica eclosión de esta forma de concebir la psicoterapia. Nuevos aires dentro de la terapia conductual, durante esta época, dieron una mayor posibilidad a la integración. A estas alturas, la terapia conductual había establecido firmemente su identidad y había provocado un impacto significativo en el campo de la psicoterapia. Había, entonces una expansión de la teoría del aprendizaje social y un cuerpo teórico de la terapia conductual, así como un amplio abanico de técnicas que poder considerar para la integración con las aproximaciones psicoanalíticas. Durante esta época, la terapia conductual incorpora definitivamente los constructos mediadores cognitivos, así como técnicas orientadas cognitivamente. Así pues, en la medida en que la terapia conductual estaba transformándose en más cognitiva, se iba haciendo mayor el potencial para explorar la integración en psicoterapia con las teorías y terapias psicoanalíticas que enfatizaban fuertemente la exploración de los contenidos mentales (Gill 1982). De todas formas la demostración de la efectividad de muchas de las técnicas de la terapia conductual hizo que fuese difícil ignorarlas por terapeutas de otras orientaciones.

3.3.- DESLIZAMIENTOS ACTUALES DE LOS MODELOS COGNITIVOS CONDUCTUALES HACIA LA INTEGRACIÓN.

Actualmente la integración teórica ha sufrido cambios radicales, especialmente desde el campo de la psicoterapia cognitiva, de donde vienen hoy los mayores avances que apuntan todos ellos sin lugar a dudas hacia la integración (Kuehlweim 1993). El giro teórico, técnico e incluso personal dado por Mahoney (1991); la aportaciones de Guidano y Liotti (1983); alguno de los desarrollos de Meichenbaum (1992); y las aportaciones y el énfasis que actualmente se está dando a la importancia de la afectividad (Greenberg y Safran, 1987)) y el valor de la relación interpersonal en la terapia cognitiva (Safran 1991), el auge de la visión constructivista de la psicoterapia (Feixas y Villegas, 1991; Neimeyer y Feixas 1992, Miró, 1994), la concepción narrativa de la psicoterapia cognitiva (Gonçalvez, 1994); están suponiendo una auténtica revolución dentro del campo de la terapia cognitiva. De tal forma, que los modelos de psicoterapia que se están desarrollando actualmente son psicoterapias cognitivas mixtas con una gran infiltración de elementos psicodinámicos (en muchas ocasiones sin ser reconocidos explícitamente), y que por muchos se defiende la terapia cognitiva como la terapia integradora por excelencia (Alford y Norcross 1992; Beck 1992).

Son las terapias cognitivas post-racionalistas (Mahoney 1992, Feixas 1990, 1990a, 1992), y los desarrollos psicoanalíticos que se acercan a planteamientos cognitivos, como los de la teoría de los esquemas personales de Horowitz (1988, 1991, 1995), los que van a permitir una integración fructífera de estas dos escuelas clásicamente enfrentadas y que actualmente están llegando a puntos de encuentro fundamentales (Mirapeix 1992). Esto augura que durante la década de los 90, para finales de este milenio, la confluencia de las terapias va a ser a través de los desarrollos cognitivos y psicodinámicos, como muy bien ha sabido sintetizar desde finales de los años 70 y principios de los 80, el autor mencionado anteriormente, Ryle, con el modelo cognitivo analítico que, a juicio de muchos es una de las estrategias terapéuticas más potentes, estructuradas, sofisticadas y con mayor justificación empírica en el campo de la Psicoterapia Integradora (Brockman 1987; Glass 1993; Shapiro 1994).

Por último, y por completar la exposición que estoy haciendo: del campo conductual, vienen modelos integradores altamente sofisticados y que están empezando a ver la luz en estos primeros años de la década de los 90. La terapia funcional analítica de Kohlenberg (1991; 1994), la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos *borderline* descrita por Lineham (1993) y por último la terapia integradora de pareja de Jacobson (1994), son claros exponentes del giro que se está produciendo dentro del movimiento conductual americano; los modelos citados son de obligada consulta para aquellos terapeutas cognitivo-conductuales que quieran aproximarse al campo de la integración en psicoterapia.

4.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA P.C.A.

4.1.- ASPECTOS GENERALES. LA IMPORTANCIA DE LA TEORIA.

La teorización que plantea la P.C.A., es un marco explicativo que pretende dar coherencia a una práctica clínica, y una explicación plausible a los fenómenos observados en el paciente. Esto es algo que resulta inevitable, pues es mejor tener una teoría, aunque ésta sea parcial e incluso errónea, que no tener ninguna (Rosenzweig, 1936). Entre otros motivos porque como señaló muy bien Frank (1991), la existencia de un mito teórico explicativo de la conducta, es un requisito común a todas las psicoterapias, y necesario para que esta pueda servir de ayuda. Clarificar esto no es baladí, sobre todo por los aires de eclecticismo ateorico que en ocasiones soplan (Lazarus 1992).

La construcción de un sistema teórico explicativo, además de su utilidad clínica, es una necesidad intrapsíquica del terapeuta en la medida, en que todo ser humano necesita una mínima constancia interpretativa del entorno que le rodea. Si no fuese así, la multiplicidad de datos a los que estamos enfrentados, crearía en nosotros un profundo sentimiento de confusión y de imposibilidad de dar coherencia a nuestras percepciones. En cierto sentido, pues, la elaboración de un marco teórico es una necesidad, que debe ser considerada, temporal, contextual, dinámica y por tanto sujeta a cambios (Okun 1990). Estos cambios vendrán determinados por influencias procedentes del entorno científico; por modificaciones internas nuestras -reorganización de nuestro propio sistema interpretativo; y, por último, por influencias contextuales -construcción social del significado-. Por lo tanto, desde este punto de vista, nuestra teorización será la que determine, qué vamos a observar, y cómo lo vamos a interpretar, así como qué sentido global le vamos a dar. Nuestra metateoría, sesgará los datos que percibimos para poder acoplarlos a nuestros esquemas interpretativos -como hacen nuestros pacientes, y recordemos que les pedimos flexibilidad-, de tal forma, que el sistema no entre en contradicción y se puedan evitar las disonancias cognitivas.

Pero estas disonancias, sólo son tales en la medida que nuestro sistema de constructos esté sustentado en una visión dogmática e inflexible, que deja fuera a demasiados datos ajenos al sistema de construcción, siendo, pues, nuestra epistemología, metateoría y razonamiento dicotómico, lo que sustenta las disonancias. A mayor dogmatismo y rigidez en el sistema de construcción, mayor posibilidad de que se produzcan disonancias en el sistema. A mayor flexibilidad en el sistema de construcción, menor posibilidad de producción de disonancias, y mayor posibilidad de resolverlas en caso de que se produzcan.

Mas allá de lo planteado hasta ahora, lo que verdaderamente condiciona y limita la adhesión a estos modelos integradores, no es tanto la incompatibilidad metateórica, o las dificultades epistemológicas. Son los esquemas centrales de significación del propio psicoterapeuta, los que determinan la adhesión a un marco

conceptual o a otro. La visión integradora de la psicoterapia será practicada por aquellos terapeutas con capacidad para ello; y como veremos posteriormente, sólo será aplicable en “su totalidad” a aquellos pacientes con capacidad de asumir la complejidad del modelo (Mirapeix, 1995).

4.2.- UN MODELO COMPLEJO DE COMPRENSIÓN DEL SER HUMANO.

Toda teoría psicoterapéutica que aspire a explicar la psicopatología, debe poder explicar también la conducta normal (Ryle 1991, Ansari 1994). Desde aquí se comprende que resulte necesario la extrapolación de las teorizaciones acerca de la psicoterapia a un modelo de comprensión del ser humano. Para ello me detendré en presentar brevemente mi visión sobre este asunto. El ejercicio sistemático de una visión integradora intersistema e intrasistema (Psi), me hace concebir al ser humano como una totalidad, en la que sus aspectos cognitivos, afectivos, conductuales, relacionales, biológicos, históricos, antropológicos y socio-culturales, están todos ellos juntos y esa es la única forma que me es posible aproximarme a la complejidad de la patología, que es lo mismo que decir a la complejidad del ser humano (Fig. 1).

Esta es una visión global, en la que distintos subsistemas se organizan de manera interrelacionada, jerárquica, y en el que cada uno de ellos influye en el otro de manera activa, proactiva o retroactiva, tanto sincrónica como diacrónicamente. Este planteamiento a estas alturas del conocimiento científico, es la forma más adecuada de ver las cosas; supone una concepción compleja y holística de la organización de la conducta del ser humano, fundamentada en una visión evolutiva, etológica y estructural. Esta visión que indudablemente es personal y no del propio Ryle, es una concepción que a mí, al menos, me sirve para tener una concepción amplia y multinivel del ser humano, basada en aportaciones de otros autores (Reiser 1984), y que me ayuda a superar la escisión entre distintos niveles de observación. El maximodelo que planteaba Beck (1988) en el que neuroquímica, pensamientos, afectividad y conducta, son un continuum cognitivo, se acerca a este planteamiento.

Como muy bien me señalaba mi amigo Bernie Beitman, esta concepción jerárquica toma en cuenta incluso el nivel biológico para la comprensión de lo que sucede en el terreno de la psicoterapia, y esto es algo que los médicos tenemos que aportar al campo de la psicoterapia, que en ocasiones está excesivamente psicologizado y en el que se pierde de vista que el sustrato biológico es el que confiere el soporte para que lo “*psi*” pueda operar. Investigaciones recientes apuntan en lo importante de esta línea de análisis (Beitman 1994).

4.3.- INTEGRACIÓN TEÓRICA PURA.

Para posibilitar la integración teórica, resulta útil, en primer lugar, deshacer algunos malentendidos que se derivan de los argumentos vertidos a lo largo de la historia, sobre los enfrentamientos entre escuelas. Para ello vamos a revisar y reconceptualizar algunas de las críticas que se han realizado entre las escuelas

NIVELES DE LA ORGANIZACION DE LA CONDUCTA

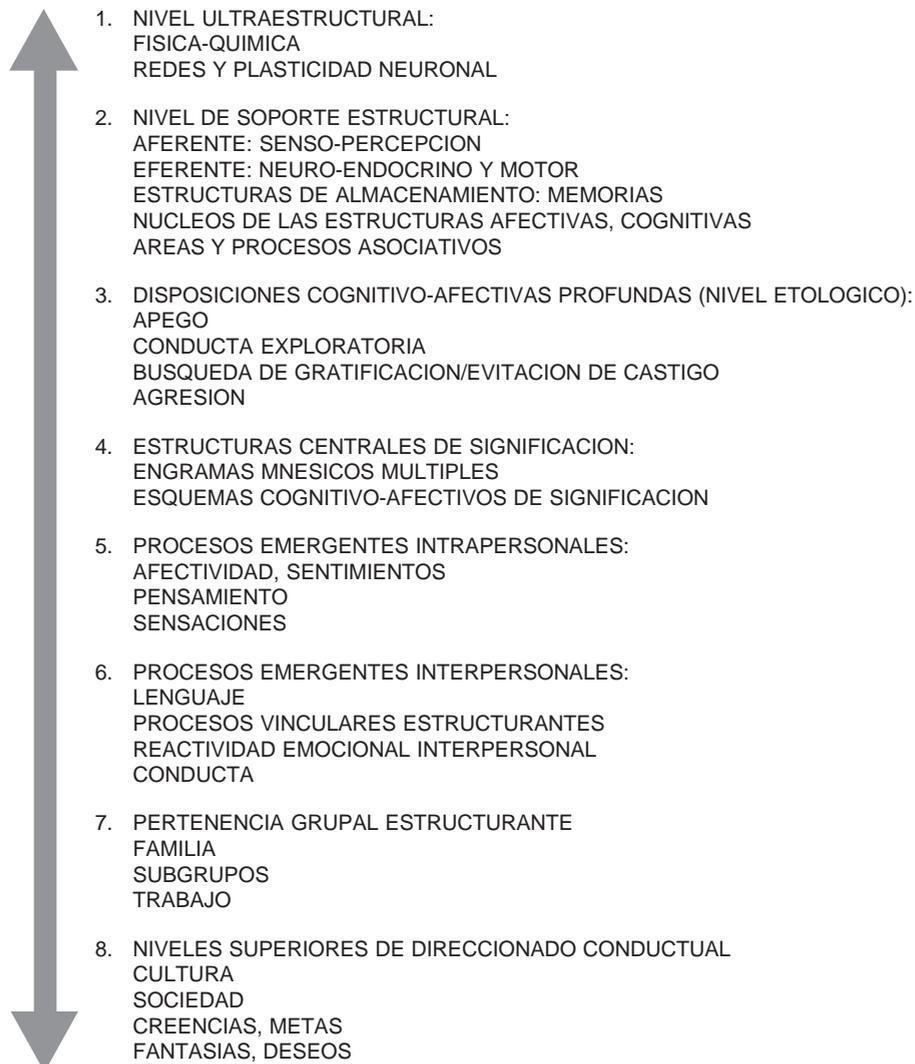


Figura 1

fundamentales.

Clásicamente se describió al psicoanálisis, como una teoría de las pulsiones, en la que las fuerzas instintivas, las fantasías determinadas genéticamente, los instintos, las defensas..., en definitiva, todo un modelo de aparato psíquico derivado

de la termodinámica de su tiempo, fue lo que articuló teóricamente el psicoanálisis de los primeros tiempos. El psicoanálisis actual sigue un modelo de desarrollo del psiquismo humano, altamente psicologizado y exento de los clásicos conceptos Freudianos como libido, catexis,... (Guntrip 1971), concibiendo el desarrollo infantil, desde el plano del establecimiento de relaciones objetales internalizadas. Este modelo apenas es conocido y analizado dentro del mundo de la psicoterapia cognitivo-conductual.

Desde el psicoanálisis se han realizado críticas a la teoría conductual clásica (protoconductismo), tachándola como simplificadora. Si bien esto es cierto para los modelos de aprendizaje paulovianos, o incluso Skinnerianos, posteriormente la TC, ha desarrollado modelos complejos tanto de aprendizaje como de intervención, que no han sido tenidos en cuenta en el psicoanálisis y que son altamente complejos, terminando por la inclusión de los desarrollos cognitivos, que como veremos son los que van a permitir la síntesis entre ambas escuelas.

Indudablemente cabría decir que la revolución cognitiva fue una revolución dentro de la terapia conductual de la época, lo mismo que el constructivismo lo ha sido dentro de la terapia cognitiva (Mahoney 1990, 1992).

Las terapias cognitivas racionalistas y las postracionalistas, se diferencian en varios aspectos fundamentales (Feixas 1990), que cabría sintetizar en: 1.- un giro en el soporte epistemológico; 2.- la teoría pasa de ser sincrónica a diacrónica; 3.- los objetivos terapéuticos pasan de ser dirigidos al control, a la exploración funcional; 4.- el terapeuta de ser un observador externo pasa a ser un observador participante

El giro teórico que ha supuesto el constructivismo dentro de la revolución cognitiva y la repercusión que este desarrollo teórico tiene en la práctica clínica es comparable a la revolución teórica y técnica que supuso la adopción de una concepción de las relaciones objetales en psicoanálisis, desmarcándose de los postulados psicoanalíticos clásicos (Gallego Mere 1988).

En cualquiera de los casos y si siguiésemos las indicaciones de los autores anteriores, el proceso de crecimiento del ser humano no ha sido otra cosa que un proceso de construcción de su personalidad a lo largo de su desarrollo infantil, en la medida que ha ido introyectando distintos modelos relacionales en función de las interacciones que ha mantenido con distintas personas significativas de su entorno, lo que le ha hecho desarrollar una estructura intrapsíquica, que diría Fairbairn o un sistema de constructos personales con el que aprehender la realidad, según Kelly (1955).

Para Kelly uno de los conceptos que resultan nucleares en su teoría es el concepto de anticipación. Este, a juicio del autor, tiene que figurar forzosamente en cualquier teoría del funcionamiento humano. En esta línea, podríamos resumir diciendo que Kelly establece un postulado fundamental dentro de su teoría y es que: "Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la manera en que ésta anticipa los acontecimientos". Las anticipaciones, en estos términos, no son

nada más que los esquemas que se articulan entre sí para asimilar la información de entrada, y predecir la conducta que va a desarrollar el sujeto. El conocimiento, en este sentido, se entiende como una construcción, armada a partir de los elementos recuperados del almacén de la memoria a largo plazo, que asimilan inmediatamente la estimulación. De tal forma que las explicaciones que desde entonces diésemos a la percepción, la memoria y todo aquello que se considera cognición, suponen que los distintos estímulos sensoriales que vienen a integrarse en la red de significaciones de la persona, van dirigidos a coordinarse entre sí para poder prever la conducta o el tipo de conducta que se va a desarrollar.

Ryle (1991) realiza una reformulación excelente de la teoría de las relaciones objetales, utilizando para ello un lenguaje más comprensible y con más connotaciones cognitivas y que viene claramente descrita en el artículo incluido en este número (Ryle 1995). Lo que describe Ryle, serían algunas de las características de los desarrollos de la teoría de las relaciones objetales propuesta por Fairbairn, según la cual, el self está construido a través del desarrollo infantil y de la autoconciencia de la elaboración del cuerpo, así como de la autoconciencia de las interacciones complejas, sociales, y múltiples con los otros.

Ambas teorías, la de los constructos personales, como el psicoanálisis, admiten una jerarquización en la organización de la conducta. Esta estructuración multinivel que venimos planteando está claramente reflejada en los desarrollos de Vittorio Guidano (1991). Este autor, en su teorización evolutivo estructural dentro de la psicoterapia cognitiva, describe dos niveles:

1.- **Un nivel tácito** que se sitúa de forma jerárquicamente supraordenada a lo explícito. Las estructuras profundas del nivel tácito fundamentan la actividad de la mente puesto que sirven para la elaboración de nuevos marcos conceptuales. Este nivel tácito puede conceptualizarse también como un conjunto de reglas profundas para la creación de nuevos conocimientos así como para la resolución de problemas.

2.- **El nivel estructural explícito**, que consiste en un conjunto de modelos acerca del self y la realidad, que se derivan del nivel tácito y que se han producido a través de procesos tanto verbales como imaginarios de construcción de la experiencia.

Pero una de las características del enfoque evolutivo estructural de Guidano es que no atiende sólo a aspectos cognitivos y conductuales para la conceptualización de los problemas de los pacientes. Su punto más característico es el prestar atención a la historia evolutiva del sujeto. Su modelo evolutivo viene caracterizado por la adhesión a la terapia del apego seguro (Bowlby, J. 1976). La consecuencia de esto es priorizar los aspectos relacionales de la terapia, y la necesidad de trabajar la relación transferencial, tal como Safran (1995) ha expuesto brillantemente.

Llegados hasta aquí, me gustaría sintetizar cómo los desarrollos de las psicoterapias cognitivas constructivistas y evolutivo estructurales de los últimos tiempos, son muy paralelas a los desarrollos de la teoría de las relaciones objetales

y de ahí el intento de síntesis. Indudablemente, el focalizar nuestra atención en las relaciones de dependencia del bebé con la madre, es algo en lo que los psicoanalistas habíamos deparado hace mucho tiempo y que parece que los psicólogos y los psicoterapeutas cognitivistas están empezando a tomar en cuenta actualmente.

Los tres enfoques plantean el reconocimiento de una organización estructural profunda y otra superficial, así como el interés por las dimensiones históricas de la conducta. Este interés común es compartido por los enfoques Psicoanalíticos y por los constructivistas (Mahoney, M. 1990). Esto sin lugar a dudas es una de las características esenciales de la Psicoterapia Cognitivo Analítica (P.C.A.), de tal forma que la estructura cognitiva actual, no se comprende cabalmente sino es tenida en cuenta su dimensión histórica.

De esta forma, la historia individual determina la construcción personal de uno mismo y de su mundo, pero ni esta historia, ni esta estructura, ni los procesos de la memoria o pensamientos son necesariamente accesibles a la conciencia. En un momento dado sólo una fracción del almacén total de memoria está implicado en las operaciones mentales (Ryle 1978). Dichas operaciones van encaminadas a la acción, y siguen una secuencia que vamos a analizar en el siguiente apartado.

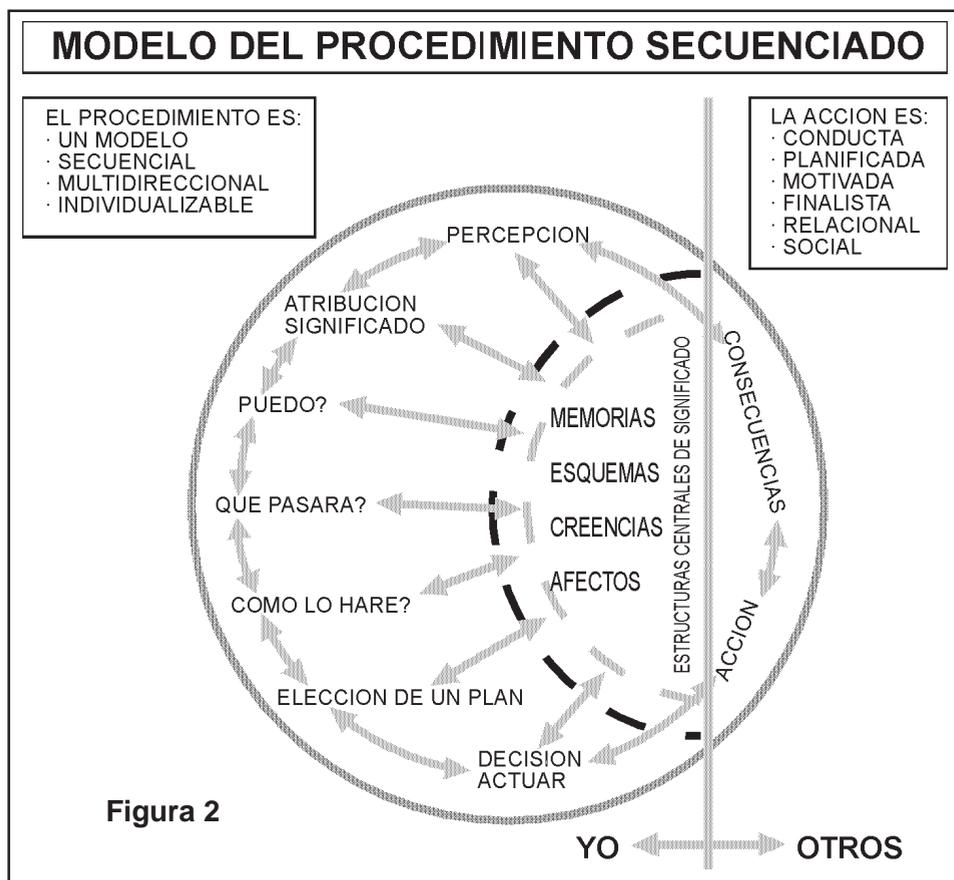
4.4.- LA ARTICULACIÓN TEÓRICA LLEVADA A LA PRACTICA.

La integración teórica expuesta hasta ahora, es excesivamente “teórica”, hay que trasladar estos planteamientos a un nivel que sea más práctico, y que permita articular las intervenciones. Además la relación entre la teoría de las relaciones objetales y la teoría de la actividad de Vigotsky, viene recogida extensamente en un artículo de este número (Ryle 1995). La piedra fundamental en la que se sustenta la P.C.A. es el Modelo del Procedimiento Secuenciado (Procedural Sequence Model, P.S.M.. Ryle 1991)). Actualmente el término se ha modificado por el de P.S.O.R.M. (Modelo de Procedimiento Secuencial de las Relaciones Objetales. Ryle 1993), en el que se incluye un mayor énfasis en la teoría de la actividad de Vigotsky y sus implicaciones para la P.C.A., aunque tengo que decir que, personalmente, me parece más adecuado el término primitivo, por lo que va a ser el que utilice.

Hasta ahora el planteamiento teórico es muy psicodinámico y/o constructivista, ¿dónde queda, pues, lo cognitivo a lo que hace mención incluso la denominación de la terapia? Pues en el **PSM (Modelo de Procedimiento Secuenciado)**, éste se denomina así porque **la unidad de estudio es la secuenciación de un procedimiento**, o el análisis del procedimiento en sí. Un procedimiento describe la forma en que se despliega una serie normal de actos mentales y conductuales encaminados a la consecución de un fin determinado. Esta secuencia cognitiva implica procesos mentales, acción, así como sucesos y consecuencias ambientales. La secuencia que se sigue en estos procedimientos encaminados a la acción, podrían ser vistas como bucles cognitivos repetitivos y que son realizados por secuencias de operaciones más simples, que están subordinadas a la consecución de objetivos más complejos.

Según este modelo, la secuencia básica de un procedimiento se puede describir en las siete etapas siguientes (Ryle, 1991): 1. Formación de un objetivo en relación con el entorno o con un suceso del entorno. 2. Evaluación del significado personal del objetivo dentro de este contexto. Esto implica tanto un “procesamiento afectivo” inconsciente que indica los significados personales implicados, como procesos cognitivos que tienen relación con la memoria y con la evaluación de la congruencia del objetivo con otros objetivos y valores. 3. Predicción de a) la propia capacidad para conseguir el objetivo, y b) las consecuencias probables de su logro. 4. Se estudian los medios posibles (subprocedimientos). 5. Actuación. 6. Se valora la efectividad de la acción y se someten a consideración las consecuencias. 7. Se mantiene el objetivo, o bien este es modificado o abandonado y los medios confirmados o revisados.

Para ser más claros, este esquema de 7 pasos desarrollado por Ryle, conceptualizado como el PSM, se representa de manera gráfica en la siguiente figura (2), que nos va a permitir comprender mejor cuál sería la estructura operativa gráficamente representada de los pasos que hemos señalado anteriormente.



A todo acto de percepción, bien sea interno o externo se le atribuye un significado individual, a través del cual se le plantea al sujeto la posibilidad de valorar sus propias capacidades con respecto a dicha situación, intentando prever (anticipar) en cada paso de la secuencia qué tipo de sucesos van a ocurrir.

Como viene representado en el dibujo 2, cada uno de los pasos de la secuencia hunde a través de las flechas radiales, sus raíces en las estructuras centrales de significación. La “individualización de la terapia” se refiere a que si bien la estructura del procedimiento puede ser general, la significación, sesgos, saltos... de cada uno de los pasos de la secuencia es particular. La psicoterapia se ocuparía pues de ambos niveles, de la alteración en la secuencia general del procedimiento y en la significación individual de las alteraciones producidas en los subniveles de la secuencia.

El PSM incluye, pues, el establecimiento de un foco que se entiende como fundamental para el desarrollo y mantenimiento de una determinada conducta, que a su vez va dirigida a una meta. Explicita un procedimiento, es decir, cómo el sujeto va a realizar la conducta prevista para la consecución de la meta. El establecimiento de una secuencia, es decir, en qué orden se va a realizar el procedimiento predeterminado. La atribución de una importancia especial a las estructuras centrales de significación que actúan como moduladoras y reinterpretadoras de la experiencia y que, a su vez, están fundamentadas en la internalización de las relaciones objetales significativas mediadas emocionalmente. La detección de subrutinas cognitivas disfuncionales tipificadas como trampas, dilemas y pegas. Y la concepción de pro y retroacción como elemento teórico fundamental para comprender la interacción bidireccional entre el organismo y el medio.

Una de las aportaciones fundamentales de Ryle (1978, 1980, 1983) es la descripción de estas trampas, dilemas, y pegas, que son detectadas en el proceso de evaluación al inicio de la terapia, a través del “cuestionario de psicoterapia”. Estas subrutinas cognitivas disfuncionales de las que venimos hablando como trampas, dilemas y pegas vienen definidas en Ryle (1995).

5.- ASPECTOS TECNICOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS:

Voy a presentar ahora algunos aspectos referidos a la técnica específica de la P.C.A., pero dada la novedad de estos modelos integradores, haré un planteamiento de algunos problemas técnicos generales que se derivan de trabajar con esta concepción de la psicoterapia.

Para poder aproximarnos a cuestiones relacionadas con la técnica es necesario considerar cómo la fundamentación epistemológica defendida anteriormente y la elaboración teórica que se deriva de ella, gravita decisivamente y sustenta la aproximación técnica que voy a defender en los siguientes apartados. La noción de **Estadios superiores de desarrollo cognitivo** (Alexander y Langer 1990), así como los desarrollos referentes a los procesos cognitivos post-formales (Kramer 1983) y

de análisis complejo de la realidad a través de la complementariedad y la integración de los elementos aparentemente contradictorios, tiene que ver con la epistemología, con la teoría y que inevitablemente repercute sobre la práctica terapéutica, y que influyen en la actitud general del terapeuta.

En la tabla 3 se expone cómo diferentes elementos teóricos y técnicos fundamentales son abordados de manera totalmente distinta en función de que se trabaje desde una perspectiva epistemológica y de adquisición del conocimiento, sustentada en una visión dicotómica (o/o); o en una conceptualización epistemológica, de adquisición del conocimiento y de práctica terapéutica, en el que la complementariedad (y/o) es la que rige las intervenciones terapéuticas.

MODELOS DE ADQUISICION DEL CONOCIMIENTO LA COMPLEMENTARIEDAD COMO PARADIGMA DE PENSAMIENTO POST-FORMAL (Kramer 1984)		
POR OPOSICION O (X) O (X)	EJEMPLOS SUBJETIVO/OBJETIVO CONFLICTO/SINTOMA INSIGHT/ACCION PASIVIDAD/ACTIVIDAD EVOCACION/DIRECTIVIDAD DEVOLUCION/ENTRENAMIENTO AUTODESCUBRIMIENTO/PEDAGOGIA ARTE/CIENCIA REALISMO/CONSTRUCTIVISMO	POR COMPLEMENTARIEDAD (X) Y/O (X)

Tabla 3

Como vemos en la tabla subjetivo-objetivo, conflicto/síntoma, insight/acción, pasividad/actividad, evocación/directividad, devolucion/entrenamiento, autodescubrimiento/pedagogía, son todos polos dicotómicos que son posibles integrar a través de una concepción de complementariedad no sólo epistemológica y teórica sino fundamentalmente técnica.

Lo que defiende en esta sección del artículo, hay que comprenderlo fundamentalmente entendiendo que tanto el autor como aquellas personas que quieran dar por válido lo que aquí se expone, aceptan el principio teórico fundamental de la complementariedad.

Los problemas técnicos en estos modelos de psicoterapia, vienen determinados por la necesidad del terapeuta de ser capaz de trabajar a diferentes niveles (Kriz 1990), de la necesidad de una flexibilidad en sus planteamientos y en la disposición a utilizar diferentes técnicas (Branco, en prensa), partiendo de la premisa de que el terapeuta con estas capacidades, y con recursos para intervenir en el mayor número de subsistemas afectados, será el terapeuta más efectivo (Prochaska 1992,1994). Por otro lado, muchas de las críticas realizadas a la imposibilidad de utilizar técnicas

de modelos teóricos diferentes, venían de la mano de una concepción dicotómica de la patología, del establecimiento de objetivos, de actitudes terapéuticas antagónicas y de técnicas que a nivel metateórico, resultaban incompatibles. A lo largo del presente trabajo, queda claro que el planteamiento paradigmático de estos modelos en general, y del modelo cognitivo analítico en particular, es la búsqueda de las complementariedades de los opuestos, con vistas a conseguir, como decía, un pensamiento integrador, de un mayor nivel de abstracción.

Como iremos viendo a lo largo del presente artículo la interrelación entre técnica y teoría y fundamentación epistemológica es siempre circular y es difícil separar cada uno de los aspectos (Etchegoyen 1986). Veremos que muchos de los problemas técnicos con los que nos vamos a enfrentar, sistemáticamente nos remiten a reflexiones teóricas que puedan explicarlo y así mismo esta explicación debe de estar sustentada en una conceptualización epistemológica.

5.1.- EVALUACION EN P.C.A: ESTRATEGIAS Y DIFICULTADES ASOCIADAS

La evaluación en P.C.A., es compleja en la medida que recoge información de diferentes niveles, en línea con el modelo bio-psico-social. Me voy a referir al sistema de evaluación que utilizamos en nuestro Instituto. Consiste en dos niveles, uno que sólo mencionaré a título informativo, y otro específico. El primer nivel de evaluación se refiere a la evaluación psicopatológica clásica, con su historia específica, anámnesis, exploración psicopatológica, escalas de cuantificación, y estudio de personalidad si se precisa. Una vez completado este estudio si la psicoterapia que se indica es un abordaje cognitivo analítico (que no siempre es el caso), se realiza una exploración más profunda. Esta se compone de dos o tres entrevistas diagnóstico/terapéuticas en las que se utilizan una serie de instrumentos específicos de evaluación. Este es un apartado importante que señalar, en la medida que nuestro Instituto está implicado en la traducción y validación de varios instrumentos de evaluación en psicoterapia. Concretamente utilizamos: el cuestionario de psicoterapia (Ryle 1991), el inventario de problemas interpersonales (Horowitz 1987), el cuestionario de mecanismos de defensa (Bond 1989), y un cuestionario biográfico autoaplicado específico de elaboración propia (Mirapeix 1993). De las sesiones de evaluación mencionadas, y de los cuestionarios aplicados se obtiene la información que permite establecer para la 4ª sesión aproximadamente una reformulación del problema que le trajo al paciente a consulta.

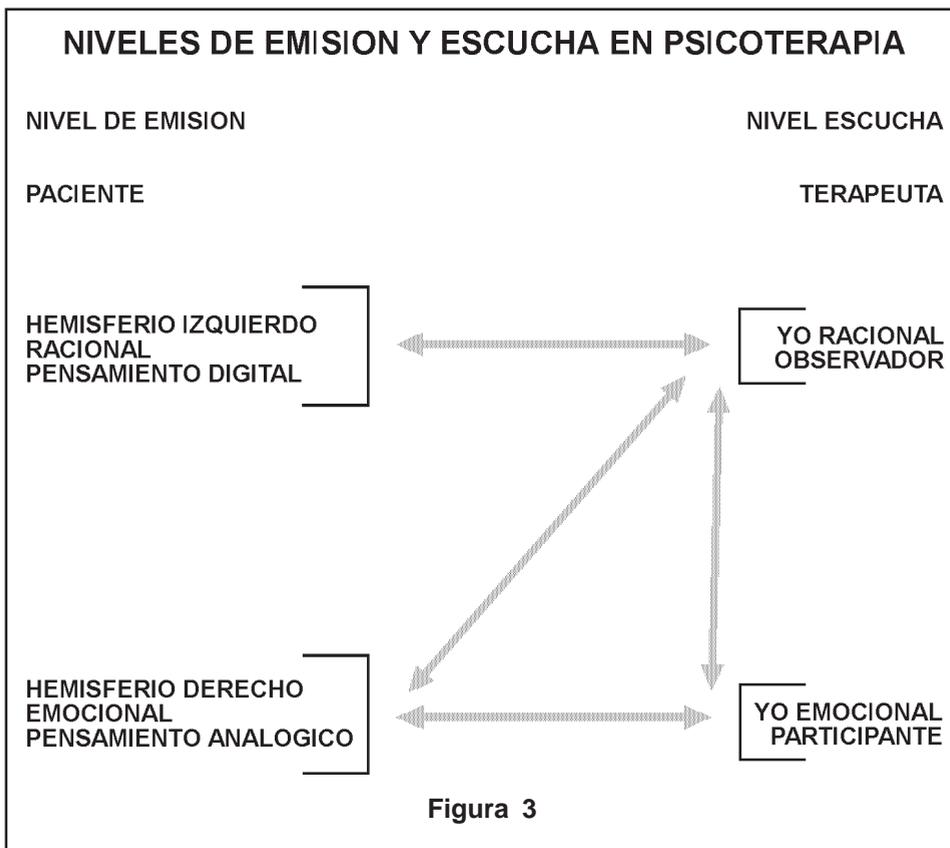
El solo planteamiento de este diagnóstico multinivel, nos habla de la dificultad específica de la evaluación, debido a la sobrecarga por el exceso de datos que tiene que explorar y manejar el terapeuta. Una de las problemáticas que hay que resolver, es determinar a priori la capacidad de integración del paciente, es decir, la capacidad que el paciente tiene de manejar simultáneamente información múltiple, compleja, y de niveles distintos de su psiquismo. La determinación de la capacidad de

integración del paciente, actualmente no puede hacerse por otros medios que no sea la determinación clínica de dicha capacidad. Esta vendría dada, por una evaluación a lo largo de las entrevistas con el paciente, de la posibilidad que éste tiene de trabajar simultáneamente y aportar datos de distintos niveles y de distintos registros, pudiéndolos integrar todos ellos de manera coherente sin que esto suponga una dificultad específica para él (esperemos que tampoco lo suponga para el terapeuta). Para aquellos pacientes a los que les resulte difícil manejarse con una concepción compleja de su enfermedad, estaría indicado trabajar con enfoques teóricos y clínicos más simplificados, de tal forma que no complejifiquen en exceso el modelo de intervención. En este sentido el modelo que propongo intenta favorecer una complejificación de la estructura cognitiva del paciente (Linville, P, W 1987). En la medida que éste sea capaz de conceptualizar, aprender y manejar su enfermedad, atribuyéndola a distintos niveles explicativos, va a ser más posible que el sujeto pueda resolver favorablemente la patología que padece. Pudiera darse el caso de que haya pacientes que no sean capaces de trabajar con un alto grado de complejidad cognitiva y que no puedan procesar datos de diferentes niveles al mismo tiempo y eso hará para ellos complicar más las cosas en vez de resolverlas. En este caso, es posible trabajar con aquellos datos que son suficientes para resolver la patología del paciente y adaptados al nivel de complejidad del mismo, sin que esto quiera decir que el terapeuta abandona su visión compleja de la patología y el manejo de múltiples datos para intentar adecuar y potenciar los sinergismos que se puedan producir en el tratamiento, o prevenir y eliminar los posibles antagonismos o bloqueos.

A su vez, el terapeuta debe simultanear material procedente de distintos niveles con la dificultad específica e intrínseca que supone para el procesamiento de toda esta sobrecarga de información. Esta dificultad la única forma que hay de resolverla, es a través de asumir que *“uno sólo integra lo que puede”*; aunque esto parezca una perogrullada, no queda otro remedio que saber asumir como terapeutas que nuestra capacidad de integración es limitada -como la del paciente- y que el volumen de datos con los que vamos a poder trabajar es también limitado. En este sentido, tenemos que asumir que probablemente no vamos a poder manejar la totalidad de los componentes implicados en la patología del sujeto y que tendremos que conformarnos con poder manejar aquellos datos que consideremos más importantes. La extrapolación de esto, al deseo integrador en psicoterapia, nos podría hacer concluir, que este, es un deseo imposible (Guidano, V 1991), pero que no por eso deja de tener sentido su búsqueda. Al igual que tampoco deja de tener sentido el intentar comprender de una manera global el ser humano.

Otro problema específico que se plantea en el área de la evaluación, es una dificultad relacionada con los niveles de escucha necesarios por parte del terapeuta. De los distintos niveles implicados en la evaluación, hay unos que requieren una comprensión racional; y son todos aquellos en los que la conducta molar del sujeto

es analizada, y se recogen de ella ciertos aspectos objetivables, que pasan a formar parte, de los distintos datos que el terapeuta va a manejar para el tratamiento de dicho trastorno. Pero, por otro lado, otros datos que se recogen, tienen que ver con la percepción empática del terapeuta, y me estoy refiriendo concretamente a los aspectos de la vinculación emocional que el paciente establece con el terapeuta y a las reacciones emocionales que éste tiene con respecto a los movimientos que el paciente desarrolla con respecto a él. Esta duplicidad de los niveles de escucha, en el que por un lado, se exige una comprensión racional y en el otro, una comprensión empática, exigen por parte del terapeuta “una flexibilidad cognitivo afectiva”, de tal forma, que sea capaz de fluctuar de manera flexible entre ambos niveles de escucha (Figura 3).



Como vemos el terapeuta ha de ser capaz de estar atento a sus reacciones emocionales, mantener un buen contacto empático con el paciente, y poder detectar adecuadamente el nivel de funcionamiento emocional de éste, para poder trabajar con ello en la consecución de una psicoterapia más efectiva.

5.2.- DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

El proceso de la reformulación, el establecimiento de las conductas problema, de los procedimientos problemáticos mantenedores de la patología y en, definitiva, de los objetivos terapéuticos, es una elaboración conjunta entre paciente y terapeuta.

Los problemas específicos que se plantean en la determinación de objetivos clásicamente han girado entorno a que éstos se planteasen de forma dicotómica por lo que siempre se han formulado en los términos siguientes:

1.- Intervenciones focales dirigidas a la eliminación de síntomas concretos.

2.- Intervenciones más globales dirigidas a la dilucidación de conflictivas inconscientes del paciente que buscan una modificación estructural en la personalidad del sujeto.

Esta dicotomización de los objetivos terapéuticos, insisto, es fruto de concepciones monocausales, lineales y dicotómicas, de tal forma que en P.C.A., los objetivos lejos de plantearse como antagónicos, distantes e incompatibles, son complementarios y lo que hay que buscar es la sinergia entre ambos. Insight y acción; síntoma y conflicto..., como hemos visto, son planteamientos dicotomizados, son polos que se unen de forma dialéctica en un abordaje integrador. Este sería uno de los aspectos fundamentales de estos modelos integradores en general y de la P.C.A., en particular, que los objetivos de la psicoterapia nunca son analizados en clave de antagonismos, sino que la estrategia básica -de nuevo- es la búsqueda de la complementariedad de los mismos. Kanfer (1987) plantea que esta dicotomía entre los objetivos terapéuticos es un tanto artificial: “los objetivos de los tratamientos no deben ser excluyentes”, comenta con rotundidad el autor. De tal forma que en función del caso, y del momento de la terapia, la dirección de la terapia irá orientada a resolver algunos de los conflictos implicados en la patología del paciente, o bien a facilitar la resolución de los síntomas que en un momento dado pueden estar siendo motivo de preocupación prioritaria.

Pero pongamos un ejemplo práctico: tenemos un caso de trastorno de ataque de pánico con agorafobia, en una persona aparentemente bien adaptada, pero con tendencia a las vinculaciones de dependencia, especialmente con su cónyuge. La toma de ansiolíticos en un momento determinado del trastorno en el que la ansiedad es excesiva y dificulta el abordaje psicoterapéutico, la utilización de un entrenamiento en relajación, el establecimiento de un programa de exposición, la reformulación cognitiva del trastorno -recuerde el modelo del procedimiento secuenciado el lector-, el abordaje de ciertos conflictos del sujeto, y la modificación de ciertos patrones de relación interpersonal anómalos -que sistemáticamente se repiten en la relación terapéutica- son pasos todos ellos complementarios en un abordaje integrador y en PCA.

5.3.- DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE TRABAJO:

A nadie se le escapa que éste depende de los objetivos terapéuticos que se

hayan delimitado, y con cuál va a ser el cambio que vamos a pretender introducir, para provocar una modificación de la conducta del sujeto. Tal y como señala Prochaska, J (1994) los distintos niveles de cambio sobre los cuales se puede plantear el intervenir tienen que ver con distintas áreas:

1.- Problemas sintomáticos y situacionales. 2.- Condiciones maladaptivas. 3.- Conflictos interpersonales actuales. 4.- Conflictos sistémicos familiares. 5.- Conflictos intrapersonales..

Tal y como defiende el autor mencionado, el terapeuta integrador que pretenda ser efectivo, debe poder intervenir en cada uno de los subsistemas en los que pueden presentarse alteraciones que tengan relación con la conducta del paciente. En la aproximación transteorética defendida por Prochaska, los niveles en los que el terapeuta debe intervenir inicialmente son aquellos niveles sintomáticos y situacionales en los que los cambios tienden a ocurrir más rápidamente y que habitualmente suelen representar la razón primaria por la que el individuo busca terapia y que además es el nivel más fácil sobre el que se puede ejercer en un cambio terapéutico, de tal forma que la adhesión al tratamiento, la relación terapéutica y la motivación, van a mejorar y aumentarse con lo cual va a ser posible trabajar en otros niveles, caso de que este sea el objetivo y el deseo del paciente y del terapeuta. Cuanto más abajo en la jerarquía, menor conciencia de los determinantes del problema y mayor referencia a aspectos históricos relacionados a su vez con el sentido del self. En este sentido lo que plantea Prochaska, es que cuanto más profundo sea el nivel que necesite ser cambiado, más larga y compleja será la terapia y, así mismo, mayor será la resistencia del paciente.

Los terapeutas eclécticos están en una posición única para descubrir las mejores maneras de integrar los procesos derivados de diversos sistemas de terapia que durante tiempo han sido vistos como inherentemente incompatibles (Prochaska, J. 1992).

Pero es el momento de recordar aquella antigua y espléndida aportación de Rosenzweig (1936), según la cual existe un auténtico sinergismo terapéutico en las intervenciones terapéuticas. La personalidad del ser humano es de una pieza, y si alteramos algo en una parte de ella, va a repercutir en otras. Este es un concepto importante en psicoterapia en general, en los modelos integradores en particular y especialmente en P.C.A.. La separación que hace Prochaska es útil a nivel conceptual y expositivo, pero resulta fundamental operar con el concepto que sistémico de **“bucles interactivos”**, de tal forma que la intervención en uno de los niveles señalados repercute sistemáticamente en otros niveles.

Pongamos dos ejemplos, uno biológico y otro psicoterapéutico: Un paciente con un síndrome de Guilles de la Tourette -algo muy biológico-; si intervenimos farmacológicamente para el control de los movimientos anormales y tenemos éxito, probablemente mejore la autoestima y grado de satisfacción vital del paciente, y secundariamente sus relaciones interpersonales y adaptación sociolaboral. Valga el

ejemplo de una terapia de orden biológico, para ejemplificar el efecto sinérgico intersistema que se acompaña a las intervenciones.

El caso de un paciente con un déficit en sus habilidades sociales, lo que le hacía ser patológicamente tímido, fruto de un aprendizaje erróneo frente a un padre que resultó tremendamente traumatizante. A lo largo de una de las sesiones psicoterapéuticas se realiza un role playing con un co-terapeuta en el que se ensayan conductas más asertivas utilizando técnicas psicodramáticas de soliloquios y doblajes en el cual, se ayuda al paciente a que, a la vez que es capaz de desarrollar conductas más asertivas en el aquí y ahora de la escenificación psicodramática de la sesión terapéutica, tome a su vez conciencia de los conflictos relacionados con la relación con su padre, provocadora de los déficits de aprendizaje de estos comportamientos.

5.4.- LA ACTITUD DEL TERAPEUTA:

Clásicamente se ha intentado asimilar la empatía y la cercanía al paciente con los tratamientos de tipo psicodinámico y las conductas frías, distantes y tendentes a la racionalización del abordaje terapéutico, con los abordajes cognitivos conductuales y biológicos. Pues bien, una vez más quiero mostrar mi oposición a una escisión maniquea de la realidad; ni unos ni otros tienen derecho a poseer la exclusiva ni de la racionalidad, ni de la empatía, ninguna orientación terapéutica tiene el monopolio de los buenos terapeutas (Rosenzweig 1936).

Una aportación importante a la clarificación de la actitud del terapeuta en P.C.A., lo constituye la teoría de la actividad de Vigotsky aplicada al campo de la psicoterapia. Se podría ver a ésta como un aprendizaje, al menos en parte análogo al aprendizaje del niño. Según este modelo, profesor (terapeuta) y alumno (paciente) están envueltos activamente en tareas, en las que se descubren conceptos nuevos y se proveen responsabilidades, que progresivamente van dejándose en manos del alumno (paciente) (para una exposición detallada sobre las relaciones entre la teoría de las relaciones objetales y la teoría de la actividad de Vigotski ver el artículo, en este mismo número, de Ryle).

La psicoterapia pues, es hasta cierto punto, análoga al aprendizaje precoz adulto-niño en el hecho de que el terapeuta utiliza su relación con el cliente como una situación dentro de la cual, se pueden adquirir nuevas actitudes y destrezas, aprovechando el concepto Vigotskiano de **zona de posible desarrollo**.

Tal y como plantea Beutler, L. (1990) en su magnífico libro de eclecticismo sistemático, los problemas relacionados con la actitud del terapeuta se presentan en dos niveles fundamentales. En primer lugar el terapeuta puede mantener una actitud directiva o bien evocativa y por otro lado el terapeuta puede focalizar sus áreas de intervención exclusivamente en el material intrasesión o su actividad terapéutica puede incluir también actividades extrasesión.

En primer lugar, la actitud o bien directiva, o bien evocativa del terapeuta, va

a provocar una imaginización por parte del paciente de una figura de unas determinadas características. Esto va a provocar que los emergentes transferenciales sean de una forma o de otra, en función de la actitud del terapeuta. Es muy importante tener en cuenta esto para poderlos deshacer a un nivel interpretativo, clarificando que algunas actitudes directivas y protectoras del terapeuta, en una primera parte del tratamiento, son sólo presentes y necesarias en esta parte del mismo pero han de ser deshechas a través de la elaboración conjunta de las mismas, favoreciendo el desarrollo de una mayor independencia, autonomía y retribución interna de los logros por parte del paciente. Favoreciendo, pues, un proceso que sería algo similar al crecimiento y autonomía del niño. Desde el punto de vista psicoanalítico y psicodinámico en general, se ha defendido que a través de la interpretación, se van a poder elaborar y resolver conflictos que se habían establecido en la más temprana infancia de la evolución psicoafectiva del individuo. La pregunta que yo me hago es, si realmente es posible realizar esto, a través de intervenciones interpretativas a nivel transferencial, como defienden los psicoanalistas -y es posible según ellos, y yo lo comparto por la experiencia clínica mía-. Habría que plantearse, pues, cómo no iba a ser posible desarrollar intervenciones transferenciales, que puedan deshacer algunas confusiones de rol, que se pudieran haber originado durante el tratamiento actual, en base a vinculaciones transferenciales cambiantes, en función y dependientes de la actitud del terapeuta.

Por otro lado, malos terapeutas seríamos si no fuésemos capaces de detectar cómo nuestros cambios de actitud repercuten en nuestro paciente, y no fuésemos capaces de trabajar con nuestro paciente, qué cambios de actitud percibe, cómo le afectan y qué es lo que significan para él. Al fin y al cabo, la propuesta de trabajo transferencial que hacemos, es la de considerar el lugar de la transferencia como un lugar vivo, en el que se produce una interacción real entre terapeuta y paciente y esta interacción real debe poder ser analizada, independientemente de que el terapeuta cambie de actitud en algunas ocasiones o en otras. La clarificación y la elaboración conjunta de las repercusiones de estas diferentes actitudes, no sólo es posible, sino que además es necesaria y, si fueron posibles como dijimos antes, la resolución de transferencias tempranas establecidas con respecto con el padre o con la madre, como no, insisto de nuevo, va a ser posible deshacer vinculaciones transferenciales “patógenas” generadas en el aquí y en el ahora de la relación terapéutica, en función de actitudes determinadas del terapeuta en función determinados momentos terapéuticos.

En definitiva, la actitud del terapeuta ha de ser extremadamente flexible, de tal forma que en función de las características clínicas del paciente, en función de los objetivos que se haya planteado en la terapia, la actitud que debe mantener es diferente. De tal forma que dependiendo de que el objetivo del tratamiento, y especialmente del momento de la terapia, las actitudes serían muy diferentes. Además los rasgos de personalidad del paciente -obsesivo, histriónico, dependen-

te...- también van a condicionar diferentes actitudes. El terapeuta, tendrá que hacer gala del suficiente conocimiento, y de la suficiente flexibilidad, como para poder desempeñar el rol que la situación requiera.

5.5.- CONDUCCIÓN DEL TRABAJO TERAPÉUTICO:

Esta es una de las áreas sobre la que me parece más importante reflexionar, y lo haré con un poco más de extensión. Gran parte del material que expongo en este apartado forma parte del material utilizado en los programas de entrenamiento en psicoterapia cognitivo analítica en la Munro Clinic del Guy's Hospital de Londres, y en Santander.

La Psicoterapia cognitivo analítica, al ser un modelo de psicoterapia breve, limitado a 16 sesiones, es un tratamiento muy estructurado a priori, y la descripción de las fases del tratamiento y su contenido es bastante estandarizado (ver tabla 4):

Como se ve en la tabla, hacia la 4ª sesión se realiza la reformulación del motivo que trajo al paciente a consulta; éste es uno de los momentos más difíciles de la P.C.A. El elemento esencial en la P.C.A. es la **reformulación**, se concibe como la creación conjunta de una descripción sucinta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas mentales, que ha sido el corazón del P.C.A. desde sus comienzos (Leiman, 1994), y representa la descripción de los problemas del paciente en la forma que resulte más útil a la labor terapéutica. "Más útil" significa que estas descripciones se centran sobre los procedimientos que hay que cambiar y sobre cómo el paciente es responsable activamente de mantenerlos. Estas descripciones deben ser exactas y completamente comprendidas por el paciente; a fin de lograr esto, los pacientes juegan un papel activo en el proceso de reformulación y la versión final deberá ser revisada en detalle con ellos antes de ser plasmada por escrito. Normalmente la reformulación se habrá completado para la cuarta sesión. Las principales fuentes sobre las que se basa, como mencionaba en uno de los apartados anteriores, son: a) la historia clínica b) los autorregistros c) el comportamiento del paciente en relación con el terapeuta en las primeras sesiones d) el cuestionario de Psicoterapia e) el cuestionario biográfico autoaplicado (Mirapeix, C 1993) y f) otros métodos.

En la cuarta sesión el terapeuta presentará un borrador de la reformulación al paciente para su discusión y elaboración. La primera parte podría tratarse de una carta o puede estar escrita en primera persona como si se tratara de la voz del paciente; el objetivo de esto es relatar de forma directa las pasadas dificultades y señalar los medios utilizados para enfrentarse a ellas. Estos medios a su vez estarán relacionados con el modo en el cual el paciente continúa utilizando en la actualidad los procedimientos que ya no son necesarios o efectivos. Esta reformulación será en principio comentada verbalmente y el texto será considerado conjuntamente y modificado si el paciente no está de acuerdo con aspectos de él o lo encuentra poco claro. La versión definitiva entonces se mecanografía y tanto el terapeuta como el

PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALITICA FASES Y CONTENIDOS

FASES	SESIÓN	HISTORIA	ARCHIVO DE PSICOTERAPIA	AUTOMONITORIZACIÓN	REFORMULACIÓN	HOJAS DE REGISTRO CPS PPS	TAREAS	INTERPRETACIÓN TR-CTR	OTRAS TÉCNICAS	TERMINACIÓN	
COMPROMISO PATRÓN	1	*		*				*		*	
	2	*	*	*				*		*	
	3	*	*	*				*		*	
CAMBIO	4			*	*	*		*		*	
	5			*		*	*	*	*	*	
	6			*			*	*	*	*	
	7			*			*	*	*	*	
	8			*			*	*	*	*	
	9			*			*	*	*	*	
	10			*			*	*	*	*	
	11			*			*	*	*	*	
	12			*			*	*	*	*	
	13			*			*	*	*	*	
	14			*			*	*	*	*	
	TERMINACIÓN	15						*	*	*	**
		16						*	*	*	**

TABLA 4

paciente conservan una copia de ella.

Dada la importancia nuclear que tiene la reformulación en la P.C.A., me extenderé un poco en ella. Toda reformulación debe: a) Describir las dificultades centrales del paciente. b) Mencionar los hitos biográficos significativos para el sujeto (experiencias que conforman las estructuras centrales de significación). c) Establecer puentes de unión entre esas experiencias pasadas y los problemas actuales. e) Establecer las que se consideraran conductas problema. f) Describir los procedimientos que utiliza el paciente para manejar su vida, y lo que es más importante los procedimientos problema que mantienen el uso ineficaz de subprocedimientos patógenos para el sujeto. Estos procedimientos problema, serán los que constituirán la agenda de la terapia. g) Describir las metas de la terapia, repitiendo a modo de resumen al final de la carta los procedimientos problemáticos. h) Trasladar de manera abreviada las conductas problema y los procedimientos problemáticos, a las hojas de autorregistro para el trabajo psicoterapéutico posterior.

El impacto emocional de esta carta a menudo es profundo; como los pacientes sienten que su experiencia ha sido comprendida y convalidada a menudo se quedan silenciosos o puede que incluso lloren y este momento a menudo consolida la vinculación terapéutica.

La segunda parte de la reformulación que he descrito, resume una lista de los problemas actuales y los procedimientos problemáticos que serán objeto de la terapia. Pero para clarificarlo definiré algunos aspectos esenciales de los mismos.

Las conductas problema son descripciones claras y concisas de lo que el paciente y terapeuta entienden que funciona mal. La depresión, el temor a espacios abiertos, las dificultades en las relaciones... nos recuerdan las metas que la terapia pretende cambiar. Pero necesitamos también describir adecuadamente, problemas de los que inicialmente el paciente no se queja, bien por que presenta conductas adaptativas disfuncionales, o por que evalúan el sufrimiento como algo inherente a sus vidas, o por falta de crítica a sus asunciones negativas. De tal forma que se deberán recoger conductas problema como “incapacidad para disfrutar”, “excesiva autocrítica”, “comportamientos hipernormativos”, “inhibición de aspectos creativos”...etc.

Los procedimientos problemáticos describen cómo el paciente contribuye a crear sus propias experiencias; cómo mantiene sus procesos desadaptativos, que terminan en lo que se describió como conductas problema. Una adecuada descripción de los procedimientos problema debe incluir: a) qué es lo que la persona hace para que se mantengan las conductas problemas y b) por qué el sujeto hasta ese momento no es capaz de revisar sus procedimientos. La descripción de estos procedimientos problema ha de ser realizada en términos del PSM, han de resultar emocionalmente significativas para el sujeto, comprensibles en función de su nivel de desarrollo cognitivo-afectivo, y deben incluir: a) qué procesos mentales internos activa el sujeto para el mantenimiento de sus problemas, y b) qué aspectos externos

influyen en su conducta (especialmente acciones o respuestas de los otros). La descripción de estos procedimientos es de crucial importancia ya que describen en tiempo presente, cómo el paciente mantiene activamente sus dificultades, identificando los dilemas, trampas y pegas, detectadas en la primera fase de evaluación a través del cuestionario de Psicoterapia.

Mientras la reformulación en sí misma generalmente inicia el cambio terapéutico la terapia se ve modificada una vez que la reformulación ha sido terminada. La labor principal que se ha de realizar en las siguientes sesiones, normalmente entre 8 y 12, consiste en que el paciente aprenda reconocer y comience a modificar estos procedimientos problemáticos. La reformulación representa la creación de un nuevo instrumento conceptual a partir del cual puede surgir una nueva forma de entender e integrar el yo, pero al paciente le llevará tiempo aprender a aplicar este nuevo instrumento. Parte de este aprendizaje tiene lugar en la vida diaria del paciente, es por esto que se les pide que escriba un diario en el cual registre las ocasiones en las cuales se sorprenda a sí mismo repitiendo uno de sus procedimientos problemáticos. Estos diarios se discuten en la sesión en la cual, además, el terapeuta permanecerá alerta para detectar la manifestación de los procedimientos problemáticos, tanto en la relación que el paciente hace sobre su vida como, y sobretodo, en la forma en la cual se manifiestan en la propia terapia, en la relación transferencial. Como ya bien señalo Strachey allá por 1939, la auténtica intervención del psicoterapeuta que es emocionalmente significativa es aquella que se refiere al aquí y al ahora.

Cuando se utilicen los diagramas secuenciados (Beard 1990; ver los ejemplos en Ryle, 1995) los pacientes considerarán su vida en relación con el diagrama al menos una vez al día, tratando de recordar qué procedimientos o giros han puesto en práctica. Al final de cada sesión es útil para los pacientes hacer una estimación porcentual del grado en que el paciente ha sido controlado por sus procedimientos problemáticos y sus giros ineficaces y, puesto que se definen modelos alternativos (“salidas”), será útil también estimar el uso que se hace de estos. Esta estimación servirá para dar unidad al trabajo de cada sesión y relacionarlo con los objetivos de la terapia. La reiterada demostración de estos procedimientos generalmente conduce con bastante rapidez a una capacidad mucho mayor para reconocer conscientemente lo que hasta entonces ha sido realizado automáticamente y por lo tanto inicia la posibilidad de cambio.

Como he mencionado en esencia este enfoque representa el uso de un paradigma de aprendizaje, basado en el tipo de aprendizaje propio del niño cuando aprende de sus padres y maestros. En él, lo que se pone en práctica dentro de la relación terapéutica (pedagógica), son los instrumentos, palabras o conceptos que son aportados (por el padre, el profesor o el terapeuta) y que proporcionan la base para la revisión de los procedimientos perjudiciales y para la integración de los aspectos del yo que estén conectados defectuosamente.

Los instrumentos básicos son la descripción y la demostración; se evitan en la medida de lo posible, interpretaciones evolucionistas del origen de las presentes experiencias o de los posibles impulsos inconscientes ocultos tras las defensas.

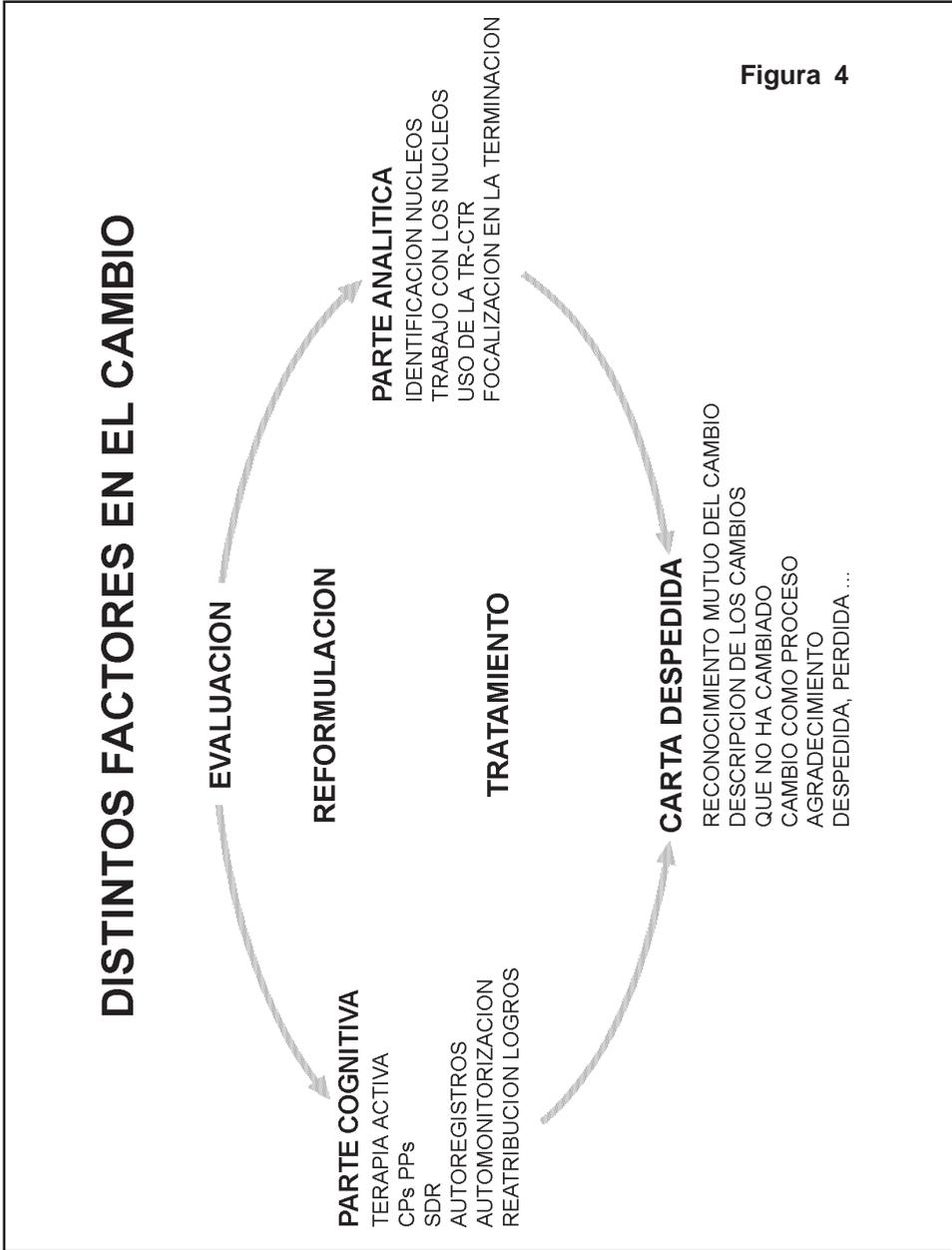
A través de la fase activa de terapia y hasta su terminación el contenido principal de las sesiones será determinado por el paciente, como en la terapia dinámica, pero los comentarios del terapeuta irán encaminados a demostrarle cómo se manifiestan los procedimientos problemáticos y cómo se pueden modificar. Una parte de cada sesión, sin embargo, se dedicará a elaborar “deberes” adecuados y a revisar el trabajo realizado por el paciente en tales “deberes” entre sesiones. Algunos pacientes serán concienzudos y eficaces en su trabajo, utilizando al terapeuta de forma no problemática, como a un buen profesor. Otros, sin embargo, en sus errores y olvidos, en su exceso de sumisión o resistencia pasiva, en su variabilidad entre la idealización y el rechazo manifiesto, en su implicación con el terapeuta, reflejarán las dificultades que les llevaron a su consulta. Tales manifestaciones serán tomadas como material para la terapia, es decir como ejemplos de procedimientos problemáticos objeto de la terapia que deben ser atacados y modificados dentro del marco de la relación terapéutica.

En resumen, dentro del marco de la reformulación, y la terapia activa posterior los terapeutas pueden utilizar un amplio abanico de métodos terapéuticos específicos. En cualquiera de los casos, me sumo a las reflexiones de Fiorini (1984, 1985) quien hablaba que hay que tomarse muy en serio la secuenciación técnica, en la que unas estrategias han de abrir paso a otras; la falta de estructuración estratégica y técnica, puede producir efectos confusionales en el paciente. Una de las formas de verificar la articulación de las intervenciones psicoterapéuticas, es tomando en cuenta la coherencia que éstas puedan tener a la hora de intentar cubrir los objetivos que se han marcado. Las técnicas que se pretendan utilizar, la actitud del terapeuta, el tipo de intervención, han de mantener una coherencia interna, de tal forma que haya un esquema explicativo a nivel teórico que dé sentido a lo que se está haciendo. Así, la psicoterapia no se convertirá en una utilización arbitraria de técnicas en la que la selección de las mismas siga más las preferencias del terapeuta, en vez de intentar ajustar éstas a las necesidades del paciente (Beutler, 1990)

Todo lo dicho anteriormente hace plantearse la concepción que desde la P.C.A. se tiene acerca del proceso de cambio; podría decirse que en la que la autoconciencia del individuo acerca de sus propios problemas y de sus propias conductas problemáticas, procedimiento problemáticos y los núcleos centrales conflictivos del sujeto le llevan a un nuevo aprendizaje, lo que favorece el desarrollo de nuevas conductas; esto a su vez produce una nueva manifestación conductual y una nueva forma de relacionarse con los demás proveyendo al sujeto de manera retroactiva nueva información que aumenta su grado de autoconciencia. En este sentido, pues, el proceso de cambio vendría derivado de la identificación de los procedimientos problemáticos, el impacto emocional de dicha tarea, la revisión de

los mismos y la retención e incorporación de los nuevos procedimientos por parte del paciente y el mantenimiento de las nuevas conductas.

Pero vamos a intentar ser más específicos: vamos a ver cuál sería la especificidad del cambio en la psicoterapia cognitivo analítica. Esto viene representado en la siguiente figura (4):



De los factores terapéuticos implícitos en la reformulación hemos hecho mención anteriormente, mientras que desde el punto de vista analítico actuarían como factores curativos la identificación de los núcleos conflictivos del sujeto, el trabajo con los mismos, la utilización sistemática de las interpretaciones transferenciales para provocar cambios en el aquí y en el ahora produciendo reestructuraciones en los esquemas cognitivo-afectivo profundos y que sólo son de acceso posible a través del trabajo con una alta carga emocional. Por parte de lo cognitivo el hecho de haber trabajado de manera activa con una identificación clara de cuáles son las conductas problema, los procedimientos problemáticos y los procedimientos de rol disfuncionales así como la representación gráfica a través de las reformulaciones secuenciales diagramáticas han sido elementos terapéuticos fundamentales para la modificación de la conducta del sujeto. La utilización de los autorregistros, la automonitorización de síntomas y la reatribución interna de los logros son elementos terapéuticos fundamentales que pueden ser atribuidos a la parte cognitiva de la terapia. Por último la carta de despedida tiene un valor fundamental como elemento de cambio dentro de la terapia. El reconocimiento mutuo del cambio, la descripción de los cambios efectuados, la descripción de los que no se han llevado a cabo, el reconocimiento del cambio como proceso, el agradecimiento al terapeuta, evidencia de la despedida terapeuta y la pérdida que todo esto supone para la economía interna psíquica del sujeto son elementos fundamentales que vienen recogidos en la carta de despedida. La Psicoterapia Cognitiva Analítica P.C.A. es por naturaleza integradora como ha quedado claramente expuesto a lo largo de este artículo, pero su potencial integrador se ve claramente reflejado en cómo se maneja dentro de este modelo de abordaje los procesos de terminación en el que se trabaja simultáneamente tanto a nivel racional como emocional, como ha quedado claramente expuesto.

6.- COMENTARIOS FINALES:

Como reconocía en el sumario del artículo, su extensión y el haber pretendido presentar una visión global del modelo va en detrimento de la profundidad de lo expuesto. Pero espero, así todo, que el artículo haya servido para acercar al lector esta visión integradora de la psicoterapia y concretamente el modelo cognitivo analítico.

Algo que se respira a lo largo de todo el artículo y que es fundamental del modelo, y creo que no sólo de este si no de todos los modelos integradores, y que al inicio del mismo lo señalé como axiomático es el ser capaz de tener una visión compleja del ser humano, un pensamiento post-formal bien desarrollado, una gran capacidad de abstracción y una capacidad así mismo de poder moverse buscando las complementariedades de presuntas argumentaciones dicotómicas o antagónicas, y que a juicio del autor y de otros muchos autores, no son tal; si no que caeríamos de nuevo en la trampa de la escisión permanente.

Pero quiero terminar el artículo diciendo algo que me parece que es importante clarificar. Ni espero ni deseo que todos terminen siendo integradores o eclécticos, sería la finalización de la dialéctica del conocimiento. Para integrar tenemos que tener cosas que poder integrar y estas han de ser producidas por aquellos especialistas o profesionales que no asumen este modelo, si no que asumen el suyo propio, incluso con radicalidad conceptual. Esto es válido en la medida en que va a aumentar la capacidad de análisis de lo complejo del ser humano, a través de la parcelación de lo analizado. Este, ha sido el camino de la ciencia a lo largo de los siglos, lo que planteo en el artículo no es que esto debe desaparecer en favor de un pensamiento integrador que sustituya al conocimiento superespecializado, ambas cosas, de nuevo, son compatibles y no sólo lo son, sino además son deseables. Que todos fuésemos integradores y/o eclécticos no sólo paralizaría la dialéctica del conocimiento, si no que evidentemente el riesgo sería caer en la monotonía y la uniformidad y no se trata de eso. Precisamente este modelo lo que estimula es la creatividad y la capacidad de síntesis y de búsqueda de cada individuo de su modelo terapéutico y de su propia capacidad de integrar lo que ha aprendido a lo largo de su vida, de su formación y de su experiencia clínica.

En el presente artículo se presenta una concepción integradora de la psicoterapia, y específicamente un modelo cognitivo analítico, inspirado fundamentalmente en la terapia cognitivo analítica descrita por Anthony Ryle, pero con algunas modificaciones. Se abordan, además, los antecedentes históricos de la Psicoterapia Cognitivo Analítica (P.C.A.), haciendo referencia a los intentos de síntesis entre conductismo y psicoanálisis, que ya se habían llevado a cabo en el pasado, a fin de poder encuadrar los aspectos teóricos y técnicos, propios de esta concepción.

Referencias Bibliográficas:

- ALEXANDER, C.N. & LANGER, E.J. (1990). *Higher stages of human development*. Ed: Oxford University Press.
- ALEXANDER, F. (1963). The dynamics of Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 120.
- ANSARI, S. (1993). *Cognitive Analytic Therapy-Cat*. Cat Training Program.
- ARKOWITZ, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. FREEDHEIM (ED). *The history of psychotherapy: a century of change*. Ed: Washington, dc: APA.
- BEARD, H.; MARLOWE, M.; RYLE, A. (1990). The management and treatment of personality-disordered patients: The use of sequential diagrammatic reformulation. *British Journal of Psychiatry*, 156.
- BECK, A.T. (1988). Terapia cognitiva, psicoanálisis, y farmacoterapia, un continuum cognitivo. en M. MAHONEY & A. FREEMAN (Ed.). *Cognición y psicoterapia*. Ed: Paidós.
- BECK, A.T. & HAAGA, D.A.F. (1992). The future of cognitive therapy. *Psychotherapy*, 29(1)

- BECK,A.T. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BEITMAN,B. (1994). Stop exploring: Start defining the principles of psychotherapy integration: Call for a consensus conference. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- BEITMAN,B.D.; GOLFRIED,M.R.; NORCROSS,J.C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146 (2).
- BEUTLER, L.E. & CLARKIN, J.F. (1990). *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions*. Brunner/Mazel.
- BIRK, L. (1970). Behavior therapy. Integration with dynamic psychiatry. *Behavior Therapy*. 1
- BIRK,L.; BIRKLEY-BIRK,W. (1974). Psychoanalysis and behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*. 131 (5)
- BOWLBY, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- BRANCO,A. (1995). From encapsulation to paradigmatic complementarity: Psychotherapist's epistemic and therapeutic styles. Paper to be presented at SEPI XI. Washington.
- BROCKMAN,B.; POYNTON,A.; RYLE,A.; WATSON,J.P. (1987). Effectiveness of time-limited therapy carried out by trainees. Comparison of two methods. *British Journal of Psychiatry*, 151
- CASTONGUAY,L.G.; LECOMTE,C. (1989). The common factors in psychotherapy: What is known and what should be known?. Paper presented at the fifth annual meeting of the society for the Exploration of Psychotherapy Integration. San Francisco.
- COWMEADOW,P. (1994). Deliberate self-harm and cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-term psychotherapy* 9 (2-3).
- DOLLARD,J.; MILLER, N.E. (1977). *Personalidad y Psicoterapia*. Ed: DDB.Biblioteca de psicología.
- DUIGNAN,I.; MITZMAN,S. (1994). Measuring individual change in patients receiving time limited cognitive analytic group therapy. *International Journal of short-term psychotherapy* 9 (2-3)
- DUNN,M. (1994). Variations in cognitive analytic therapy technique in the treatment of a severely disturbed patient. *International Journal of Short- Term Psychotherapy* 9(2-3)
- ENGEL,G. (1977). The need for a new medical model a challenge for biomedicine. *Science*. 136
- ETCHEGOYEN,H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Ed: Amorrotu.
- FAIRBAIN,W.R. (1962). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Ed: Hormé. 1962.
- FEIXAS,G. (1990) Las terapias cognitivas: Introducción histórica y perspectivas actuales. *Revista de Psicoterapia*. 1 (2-3).
- FEIXAS,G. (1992). Constructivismo e integración en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*. III (12)
- FEIXAS, G. & NEIMEYER, R.A. (1990 a). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of integrative and eclectic psychotherapy*. 9,1
- FEIXAS, G. & MIRO, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- FEIXAS,G. & VILLEGAS, M. (1990). Constructivismo y psicoterapia. Barcelona: PPU.
- FINK,P.J. (1994). Cognitive analytic therapy. *International Journal short-term Psychotherapy*. 9 (3-3)
- FIORINI,H.J. (1984). *Estructuras y abordajes en psicoterapia*. Buenos Aires: Mairena.
- FIORINI,H.J. (1985). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buneos Aires: Nueva Visión.
- FRANK,J.D.; FRANK,J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: The Johns Hopkins University Press.
- FREDHEIM,D. (ED)(1992). *The history of psychotherapy: a century of change*. Ed: Washington,dc: APA.
- FRENCH,T.M.(1932). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work. *American Psychiatric Association*.
- GALLEGO MERE,A. (1988). Implicaciones técnicas en el trabajo psicoanalítico a la luz de la teoría de las relaciones objetales. *I Reunión de profesionales del C.P.M.*
- GILL,M.M. (1982). *Analysis of transference I: Theory and technique*. New York. International Universities Press.
- GLASS,C.R., VICTOR,B.J. & ARNKOFF,D.B. (1993). Empirical research integrative and eclectic psychotherapies. In G., Srticker & J. R. Gold: *Comprehensive handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press.
- GOLDBERG,D. & HUXLEY,P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London: Routledge.
- GOLDFRIED,M.R. & NEWMAN,C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. In J., NORCROSS, *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- GOLFRIED,M.R.; CASTONGUAY,L.G.(1992). The future of psychotherapy integration. *Psychotherapy*. 29 (1)

- GOLDFRIED, M.R.; & ROBINS, C. (1983). Self-schema, cognitive bias and processing of therapeutic experiences. In P.C.Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. 2. New York: Academic Press.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: The Guilford Press.
- GUIDANO, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia*. 1 (2-3)
- GUIDANO, V.F. (1991). *The self in process*. New York: The Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1994). *El sí mismo en proceso*: Hacia una terapia cognitiva post-racionalista. Barcelona: Paidós.
- GONÇALVES, O.F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of cognitive psychotherapy*. 8 (1).
- GUNTRIP, H. (1971). *Estructura de la personalidad e interacción humana*. Buenos Aires: Paidós.
- GURMAN, A.S.; KNISKERN, D.P. (1991). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- HOROWITZ, M.J. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: The University of Chicago Press.
- HOROWITZ, M.J. (1988). *Psychodynamics and cognition*. Chicago: The University of Chicago press.
- HOROWITZ, M.J. (1995). Estados, esquemas y control: teorías generales para la integración de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* (ver este número)
- JACOBSON, N.S. (1994). Behavior therapy and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*. 4 (2)
- JENSEN, J.P.; BERGIN, A.E. & GREAVES, D.W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional psychology*. 21(2)
- KAPLAN, H.S. (1974). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- KANFER, F.H. & GOLDSTEIN, A.P. (1987). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- KELLY, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton
- KERNBERG, O. (1987). Trastornos graves de la personalidad. Ed: El Manual Moderno.
- KRAMER, D.A. (1983). *Post-formal operations? A need for further conceptualization*. *Human Development*. Oxford: Oxford University Press.
- KRIZ, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu. 1990.
- KOHLBERG, R.J. & TSAI, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of psychotherapy integration*. 4 (3).
- KOHLBERG, R.J. & TSAI, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- KUEHLWEIN, K.T.; ROSEN, H. & BECK, A.T. (1993). *Cognitive therapies in action. Evolving practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LAZARUS, A.A.; BEUTLER, L.E. & NORCROSS, J.C. (1992A). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*. 29 (1).
- LEIMAN, M. (1994). The development of cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 9 (2-3)
- LEONTIEV, A.A.: Sign and activity. En Wertsch, J.V. (1981 A). *The concept of activity in Soviet psychology*. Nueva York: Sharpe.
- LINEHAM, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- LINVILLE, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of personality and social psychology*. 52(4)
- LONDON, P. (1964). The modes and morals of psychotherapy. In Stricker, G.; Gold, J.R. *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Norton.
- MAHONEY, M.J. (1990). Metateoría constructivista: Implicaciones para la psicoterapia. *Revista de psicoterapia*. 1 (2-3)
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MAHONEY, M. (1992). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas. *Revista de psicoterapia*. III (12)
- MARLOWE, M.J. (1994). Cognitive analytic and borderline personality disorder: Restricted, reciprocal role repertoires and subpersonality organization. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*. 9 (2-3)
- MEICHENBAUM, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal consulting and clinical psychology*. 61 (2)

- MIRAPEIX,C. (1993). Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de escuela. *Psiquis. Marzo*
- MIRAPEIX,C. (1991). *Psicoterapia integradora: Un nuevo modelo de intervención*. Jornadas internacionales de Salud Mental. Santander. Noviembre.
- MIRAPEIX,C. (1991). *Psicoterapia integradora: Reflexiones teóricas, epistemológicas y técnicas para una nueva praxis psicoterapéutica*. IV congreso de psicoanálisis. Granada.
- MIRAPEIX,C. (1992). *Cognición y psicoanálisis*. V congreso de la federación de asociaciones psicoanalíticas de España. Cuenca.
- MIRAPEIX,C. (1994). *Situación actual y dificultades de la implantación de los modelos integradores en psicoterapia en España*. Mesa redonda en el X Congreso de la Society for Exploration Psychotherapy Integration. Buenos aires. Junio. Argentina.
- MIRAPEIX, C. (1995). *Epistemological basis for C.A.T.* Paper to be presented at the fourth conference of A.C.A.T. February. London.
- MIRAPEIX, C. (1995). *Specific requirements for trainees in psychotherapy integration*. Paper to be presented at the XI annual conference at the Society of the Exploration of Psychotherapy Integration. Washington. (April).
- MIRAPEIX,C. & GONZALEZ DE RIVERA,J.L.: “En prensa”. Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia.
- MIRO,M.(1994). *Epistemología evolutiva y psicología. Implicaciones para la Psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- NEIMEYER,R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal consulting and clinical psychology*. 61 (2)
- NORCROSS,J.C.; ALFOLD,B.A. & DEMICHELE,J.T. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*. 29
- OKUN,B.F. (1990). *Seeking conections in psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- OPAZO,R. ET AL (1994). *Un modelo de psicoterapia integrativa*. X Congreso SEIP. Buenos Aires Argentina. Junio.
- PANIGUAU,C. (1987). Can clinical psychoanalysis be scientific. *American journal of psychotherapy*. XLI.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE,C.C. (1992). The transteoretical approach. In IN: NORCROSS,J.C.; GOLDFRIED,M.R. (EDS), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- PROCHASKA,J.O. & NORCROSS,J.C. (1994). Systems of psychotherapy. A transteoretical analysis. New York: Brooks/cole publishing company.
- REISSER,M. (1984). *Mind,brain and body*. New York: Basic Books.
- ROSENZWEIG,S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*. 6
- ROYCE,J.R. (1964). *The encapsulated man*. Princenton, N.J.: Van Nostrand.
- ROYCE,J.R. & MOS,L.P. (1980). Manual: Psycho-epistemological profile. Alberta, Canada: University of Alberta Center for Advanced Study in Theoretical Psychology.
- RYLE,A.(1978). A common language for the psychotherapies. *British Journal of Psychiatry*. 132
- RYLE,A. (1980). Some measures of goal attainment in focussed integrated active psychotherapy: A study of fifteen cases. *British Journal of Psychiatry*. 137
- RYLE,A. (1991). *Cognitive analytic therapy: active participation in change*. New York: John Wiley.
- RYLE,A.; SPENCER,J. & YAWETZ,C. (1992). When less is more or at least enough. Two case examples of 16 session cognitive analytic therapy. *British Journal of Psychotherapy*. 8 (4).
- RYLE,A.; LOW,J. IN: STRICKER,G.; GOLD,J.R. (1993). Cognitive analytic therapy. In: Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum Press.
- RYLE,A. (1994 a). Persuasion or education? The role of reformulation in cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term*. 9 (2-3).
- RYLE,A. (1994 b). Introduction to cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term*. 9 (2-3)
- RYLE,A; BEARD,H (1995). El efecto integrador de la reformulación: terapia cognitivo-analítica en un paciente con un trastorno borderline de la personalidad. *Revista de Psicoterapia* (ver este numero).
- SAFRAN,J.D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30 (19)
- SAFRAN,J.D. & GREENBERG,L.S.(1991). *Emotion, psychotherapy and change*. New York: The Guilford Press.
- SHAPIRO,D (1994). *Presidential address. XIX Congress of the Society for Psychotherapy Research (S.P.R.)*. York. England.

- SPERRY,L.; GUDEMAN,J.E.; BLACKWELL,B. & FAULKNER, L.R.(1992). *Psychiatric case formulations*. New York: American psychiatric press.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de psicoterapia; Vol.I*.
- VILLEGAS,M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de psicoterapia; Vol.III,10-11*.
- VON BERTALANFY,L. (1962). *General systems theory: A critical review*. General Systems Yearbook.
- WACHTEL,P.L.(1977). *Psychoanalysis and behavioural therapy: Toward and integration*. New York: Basic Books.
- WACHTEL,P.L. (1987). *Action and insight*. New York: Guilford.
- WACHTEL,P,L (1995). Del eclecticismo a la síntesis: hacia una integración psicoterapéutica con menos costuras. *Revista de Psicoterapia* (ver este numero).
- WATSON,J.P.; RYLE,A.(1992). Providing a psychotherapy service to an inner London catchment area. *Journal of mental health. Vol.1*
- WERTSCH,J.V. (1985). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona: Paidós.

DEL ECLECTICISMO A LA SÍNTESIS: HACIA UNA INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON MENOS COSTURAS.

Paul L. Wachtel

City College and the Graduate Center, New York.

Even in the practice of integratively oriented therapists, what is most often apparent is a combination of elements deriving from varied theoretical orientations rather than a true synthesis. There are, however, occasions when something closer to true integration is achieved, and it is worthwhile to examine those instances, for they provide clues as to how integration may be achieved in a more thoroughgoing way. The present paper examines case material that represents a further step in the author's efforts to approach a fuller synthesis that goes beyond simply combining elements or alternating different approaches. The relevance to the therapeutic work described of theoretical concepts centered on the vicious circle is discussed.

INTRODUCCION

Una de las cuestiones que los estudiantes preguntan más frecuentemente cuando se les introduce a la idea de la integración en psicoterapia es “¿cómo pasar de una modalidad a otra?” Están desconcertados por los mecanismos de la transición, y perturbados por el sentimiento de torpeza y por la desorganización que prevén. No se imaginan cómo se puede pasar suavemente desde, por poner un ejemplo, un enfoque psicodinámico de exploración a un modo conductual de intervención (o viceversa). Quieren saber cosas como las siguientes:

-¿Se advierte al paciente cuándo se va a producir un cambio?

-¿Cómo se vuelve hacia atrás de nuevo?

-¿Cuándo se decide hacer una cosa o la otra?

-¿Se hacen ambas en la misma sesión, o se alternan los enfoques en sesiones diferentes?

-¿Puede un terapeuta simultanear ambos enfoques, o debería el paciente ver dos terapeutas, uno para el trabajo analítico y otro para el conductual.

Todas éstas son cuestiones importantes y, verdaderamente, incluso aquellos

de nosotros que hemos estado trabajando en una línea integradora durante algún tiempo, probablemente tenemos que admitir que las respuestas no son todavía completamente claras y que, en muchos casos, faltan aún pautas inequívocas. Parte del problema, sin embargo, es que tales cuestiones no derivan realmente de una idea preconcebida de integración. Más bien reflejan una orientación ecléctica, en la que se utilizan elementos o enfoques separados -de una forma a menudo creativa y que admite muchas combinaciones que los patrocinadores de las “escuelas” individuales (no eclécticas) podrían no considerar- pero en la que esos elementos separados realmente no se fusionan o sintetizan. Hay todavía “piezas” sueltas en la terapia, y así esas dudas de cuándo usar una pieza y cuándo la otra, cuándo cambiar de una a la otra, etc., saldrán a la luz inevitablemente. De verdad no sorprende, desde este punto de vista, que aquellos que han ido más lejos en los intentos de solucionar las anteriores cuestiones, quienes han explicado más precisa y detalladamente las reglas del “cambio” y “elección”, han tendido a ser terapeutas asociados más con el ala “ecléctica” del esfuerzo a trascender luchas de escuela que con el ala “integradora” (p.j. Beitman, 1987; Beutler, 1983; Frances, Clarkin & Perry, 1984; Norcross, 1986a,b; Prochaska, 1984).

Esto no quiere decir que aquellos de nosotros que nos consideramos integradores, más que eclécticos, hayamos logrado la plena síntesis a la que antes aludía. Las formas de uso y limitaciones, asociadas con las diferentes escuelas son difíciles de superar, y para la mayoría de nosotros la integración sigue siendo más una meta que una constante en la realidad diaria. El eclecticismo en la práctica y la integración como aspiración son una descripción precisa de lo que casi todos los que estamos en el movimiento integrador hacemos la mayor parte del tiempo. Hay, sin embargo, ocasiones en las que se consigue algo más próximo a la verdadera integración, y vale la pena examinar esos casos, porque pueden aportar pistas sobre cómo lograr la integración de una forma más completa.

Es mi esperanza que los ejemplos clínicos que siguen contribuirán a este fin, apuntando hacia la evolución de una aproximación integradora más plena que zurza juntas lo que alguna vez fueron piezas separadas en un tejido homogéneo y sin costuras.

CONFUNDIRSE Y DIFERENCIARSE: EL CASO DE LILLIAN

Seguidamente expondré el caso de la paciente que llamaré Lillian y con la que el trabajo terapéutico se centró en sus inhibiciones sociales. Habíamos estado usando la imaginación para ayudarla a superar una dificultad en hacer llamadas telefónicas a clientes. Se la instruyó, al estilo de la técnica conductual de *inundación*, a imaginarse a sí misma haciendo la llamada y las peores cosas posibles que le podrían pasar. Cuando comenzó la imaginación, ocurrió algo inesperado: en lugar de imaginarse las consecuencias de sus propias conversaciones telefónicas, tuvo una imagen espontánea de fundirse con su madre, quien siempre había sido

extraordinariamente inhibida y que, entre otras inhibiciones, tenía gran dificultad en hacer llamadas telefónicas. Cuando ella y su madre se emplazaron en el mismo espacio de la imagen, Lillian sintió que se encogía, como algunas veces ella había descrito metafóricamente que su madre hacía.

Le pedí que permaneciera con esta imagen, y que viera si podía hacerla empeorar. Ella se imaginó interactuando con alguien que le preguntaba, “¿por qué te encoges?”. Entonces, súbitamente, se vio a sí misma *separándose* de su madre. Cuando lo hizo, su madre continuaba encogida, mientras Lillian se estiraba más, hasta que fue bastante grande y poderosa. Esto fue espantoso para ella al principio, pero luego muy agradable y emocionante.

La imagen contada por Lillian parecía muy espontánea. Ambos estábamos sorprendidos (aunque en cuanto sucedió los dos pensamos “¡claro!”). No parecía del todo intelectualizada, deliberada, o diseñada para satisfacer al terapeuta. Más bien representaba, en una clara forma imaginada, un conjunto de puntos clave que habían sido el centro del trabajo interpretativo que se había llevado durante algún tiempo en la terapia. Cuando continuamos, el trabajo implicó no sólo una gran cantidad de elaboración sobre el significado de lo que había trascendido y su relación con la historia de la vida de Lillian, sino también un número de repeticiones deliberadas de imágenes que previamente habían aparecido de forma espontánea, repeticiones que la capacitaban para explorar más profundamente, y para integrar sus anhelos de fundirse y sus anhelos de separarse.

¿Cómo se puede caracterizar lo que acabamos de describir?. Desde luego, no fue una terapia conductual, propiamente dicha ni tampoco una simple cuestión de “condicionamiento”. Ni, ciertamente, psicoanálisis. Es más, aunque contenía elementos de ambos, no fue claramente una simple mezcla en la que se manifestara primero un poco de uno y después un poco del otro. Más bien, lo que vemos aquí es un tipo de combinación de ambos enfoques, tal que es muy difícil ver dónde termina uno y empieza el otro.

LA INCORPORACIÓN DE LA PANTERA: EL CASO DE JOHN N.

Veamos ahora otro caso que ilustra de forma más clara y completa la “confusión creativa” que estoy exponiendo aquí. John N. era un miembro bastante destacado de su profesión quien, para su gran consternación, nunca había pasado el examen de autorización para ejercer. Se había examinado cinco veces antes y cada vez había suspendido, a pesar del hecho de que su importancia profesional era tal que su propia obra ocasionalmente había sido citada en el examen.

Aunque él se presentaba a sí mismo como un caso de “ansiedad ante los exámenes”, y me informó de ese auto-diagnóstico en la primera sesión, pronto llegó a estar claro que había más cosas implicadas. John había crecido en una distinguida familia de Boston, y sus padres, que eran bastante exigentes y conscientes de su nivel social, le habían enseñado que no sólo debería sobresalir sino que además

debería aparentar hacerlo muy fácilmente.

Esto no era algo que John fuera capaz de decir directamente al comienzo. Al principio yo estaba solamente impresionado por sus diversos esfuerzos por hacerme saber, indirectamente pero sin vacilación, con quién estaba tratando. Se empeñó mucho en mostrarme su importancia profesional y su nivel social, y parecía muy incómodo en el papel de paciente. En la búsqueda de una forma de investigar esta tendencia de John que no le dejaba sentirse criticado o reprimido (cf. Wachtel, 1980), yo me preguntaba en voz alta si sus padres habían estado muy preocupados por el nivel social y qué impacto podría haber tenido sobre él. Entonces parecía experimentar bastante alivio e inmediatamente se relajaba algo. El decía que sí, que ellos eran de esa forma, y era algo muy agobiante.

Las opiniones conscientes de John eran mucho más liberales que las de sus padres, y esto agravaba todavía más su dilema: no podía admitir fácilmente sus preocupaciones por el nivel social, o apreciar el papel que aquellas preocupaciones jugaban en su vida, porque había luchado duro por negarlas y, hasta donde él sabía, lo había hecho así. Planteándolas como las preocupaciones *de sus padres*, hice posible que comenzara a mostrarlas mientras todavía mantenía su perspectiva de que no las suscribía, seguramente expresando su disgusto por ellas.

Después añadí que debía haber sido difícil, creciendo en tal ambiente, no adoptar alguna de aquellas perspectivas simplemente en defensa propia; con su constante énfasis en el nivel social y el éxito, tendría que ser muy doloroso para él no conseguir esto por sí mismo. Este comentario pareció facilitar algo más que John se atreviese a contemplar sus propias preocupaciones por el nivel social, lo más seguro porque implícitamente conllevaba que *no era fallo suyo* el sentirse de esta forma.

A través de este proceso de suave y gradual aproximación a sus preocupaciones negadas sobre el nivel social (ver nota 1), John comenzó a reconocer que se había sentido a la defensiva y humillado por tener que hacer el examen, y como consecuencia no lo había preparado de una forma lo suficientemente seria. Esto fue en cierto modo el caso, incluso la primera vez que hizo el examen; sentía que tenía que estar muy sereno y despreocupado por su preparación a pesar de la gran ansiedad -ansiedad fuertemente elicitada por la necesidad interna no sólo de aprobar sino de hacerlo espectacularmente bien y hacerlo "sin sudarlo". No es necesario decir que la presión llegó a ser aún mayor cuando hacía y suspendía el examen una y otra vez.

Esta parte inicial de trabajo, *orientada al insight*, modificaba el programa de intervenciones conductuales que iban a ser empleadas. Como seguidamente describiré, aunque seguramente empleé desensibilización sistemática para ayudar a John a superar su ansiedad ante el examen, también me concentré (más de lo que por otra parte haría) en que se preparase más minuciosamente para el reto que el examen representaba. Ayudándole a ver los sentimientos no reconocidos y las ideas que le habían conducido a despreocuparse del examen, el trabajo inicial capacitó a John

para dirigirse al examen más seriamente la siguiente vez. Llegó a darse cuenta que no era sólo un problema de ansiedad lo que tenía que superar. La ansiedad, si bien en ciertos aspectos excesiva, y ciertamente interfiriente con la ejecución en el examen, no era totalmente irreal: estaba basada en parte en no haber reconocido que no se había tomado el examen lo suficientemente en serio como para prepararlo apropiadamente.

Después de trabajar bastante sobre las presiones internas que habían conducido a John a despreocuparse respecto al examen y sobre cómo podría estudiar más seriamente para aprobar la próxima vez, volvimos a la desensibilización. Inicialmente, el principal eje para el desarrollo de una jerarquía fue el temporal. Las imágenes avanzaron desde un periodo considerable antes de examen, hasta aproximaciones cada vez más cercanas a su aparición real ante la puerta, a sentarse en su pupitre, a afrontar las diversas experiencias que encontraría cuando en efecto hiciera el examen.

Al tratar estas imágenes, la naturaleza de su incomodidad llegó a estar clara en un número de situaciones específicas. Así, cuando se imaginó andando por aula de examen, llegó a tomar conciencia de el apiñamiento de los que se iban a examinar, apretándose unos contra otros, y a experimentar una fuerte sensación de *indignidad* al ser empujado y tener que identificarse. Esto, más que cualquier preocupación por suspender, fue su primaria fuente de angustia con estas imágenes. Relacionamos esto con la herencia de su crianza y condujo a una importante discusión de su estrategia para prepararse para el examen. Él estaba luchando con dobles inclinaciones: estudiar más duro que cualquier otro que hiciera el examen y estudiar mucho menos. Trabajamos sobre imágenes de ser solamente uno de entre la multitud hasta que consiguió imaginarlo con poco malestar, y encontró que esto le hacía más capaz de tener una idea mucho más clara de lo que sería una cantidad apropiada de preparación: debería hacerlo “simplemente como todos los demás”.

Igualmente reveladora fue su reacción a la imagen de estar aproximándose a la puerta del edificio del examen. Llegó a estar claro, cuando se sumergía en la imagen, que otra fuente de malestar era ver al guarda de la entrada. Recordaba que el mismo hombre había estado de servicio en varias ocasiones y se sentía muy incómodo con la idea de que este hombre vería que él iba a examinarse una vez más. Trabajó sobre esta imagen durante la mayor parte de una sesión, superando finalmente la ansiedad cuando se imaginó a sí mismo cogiendo el toro por los cuernos y diciendo “buenos días”, en lugar de tratar de pasar desapercibido (como en algún momento se daba cuenta que hacía cuando se imaginaba esto).

Los avances más interesantes ocurrieron cuando se imaginaba que visitaba el aula de examen el día anterior. La meta en este conjunto de ejercicios de imaginación era inicialmente que se aclimatase al entorno en el que iba a tener lugar el examen. Se le pidió que mirase cuidadosamente alrededor de la habitación, que tocase las diversas superficies tales como el pupitre y las paredes, que experimen-

tase la iluminación, y cosas así. Se esperaba que con eso alguna parte de la ansiedad que tendía a experimentar en la situación de examen pudiera ser eliminada.

Cuando comenzó la imaginación, sin embargo, aparecieron una fascinante serie de asociaciones y nuevas imágenes. Al principio, tenía espontáneamente la asociación de que el aula parecía un mortuario y luego que las filas de pupitres parecían innumerables sepulturas que cubrían un campo de batalla. Luego se sintió superado por un sentimiento de impotencia. Le pregunté si podría representarse a sí mismo como firme y duro, listo para la batalla. Así lo hizo. Dijo sentirse mucho mejor, más fuerte, y luego espontáneamente tuvo una imagen de empuñar una enorme espada y estar preparado para enfrentarse a un dragón. Él asoció esta imagen a nuestras varias discusiones de su enfrentamiento al examen como un oponente digno, tomándolo seriamente siendo ahora capaz de dominarlo. Estaba regocijado por esta imagen y sugerí que se ocupase en tal imaginación en casa entre sesiones, una sugestión que aceptó con gran entusiasmo.

En la siguiente sesión comenzamos con su anterior imaginación de verse a sí mismo visitando el aula del examen el día antes. Durante algún tiempo, cuando revisaba las diversas características del aula, se sentía bastante calmado y confiado, pero repentinamente sintió una oleada de ansiedad, como si algo estuviera detrás de él. Le pedí que se diera la vuelta y mirara que había allí. Contó que estaba viendo un gran gato, una pantera. Entonces yo hice una determinada interpretación. Propuse que la pantera representaba su propio poder y agresión, y que era una amenaza para él sólo mientras la mantuviera fuera de él o fuera de su vista. Le pregunté si podía ver a la pantera como parte de él, añadiendo que lo que estaba sintiendo amenazado era *su propio poder, su propia intensidad a punto de estallar*.

Se imaginó como que absorbía la pantera y la ansiedad disminuyó. Entonces yo elaboré -seguro que de forma bastante especulativa, pero basada de alguna manera en la comprensión que habíamos logrado juntos sobre las dinámicas de su dificultad con el examen- el por qué podría ser, que hubiera elegido una pantera en concreto para representar la parte de sí mismo que necesitaba ser reapropiada. Le señalé que las panteras eran no sólo fuertes y decididas sino que también eran meticulosas y sumamente consideradas con sus presas. A pesar de ser criaturas tremendas, sugerí, las panteras no se toman sus presas a broma. No saltaban precisamente de forma casual cuando quiera que vieran una potencial fuente de alimento. No actuaban como si quedara rebajada su dignidad al merodear durante horas, arrastrándose sobre sus vientres. Las panteras, dije, eran diligentes estudiantes que llegaban a ser expertas en los hábitos de las criaturas que rastreaban, expertas cuya experiencia era el resultado no sólo del instinto o de su magnífico equipamiento natural sino de la atención al detalle y a un respeto por la dificultad de la tarea de conquistar que su naturaleza las requiere. Su gracia podría parecer que no las suponía esfuerzo, pero no era casual; las panteras eran sumamente formales.

Viendo todo esto ahora me es imposible distinguir cuánto reflejaba una

comprensión empática de los verdaderos estratos de significado que condujeron la experiencia de John hacia esa imagen en particular y cuánto fue simplemente sugestión por mi parte. La “interpretación” parece plausible, pero por lo menos yo estaba haciendo hermoso lo hermoso, usando la imagen de la pantera para apuntar hacia actitudes que creía que sería útil que incorporara, tanto si eran las verdaderas fuentes de la imagen como si no. (ver nota 2).

Lo que es importante es que mis comentarios fueron significativos *para el paciente*. Retrataran o no con exactitud los *orígenes* de la imagen, vibraban con los bucles del significado que la imagen engendró, y ayudaron a amplificar y consolidar la utilidad de la imagen misma, la cual fue después de todo creación de John. En el trabajo posterior sobre la ansiedad ante el examen y, significativamente, en el trabajo que hizo por su cuenta para tratar otra serie de preocupaciones, John, quien descubrió que esta imagen era muy dominante, hizo gran uso de la imagen de la pantera y sus variantes. Ayudó a sus esfuerzos de relajación, por ejemplo, imaginándose a sí mismo como un gran gato relajándose y lamiéndose. Cuando se enfrentaba a un desafío difícil, se imaginaba de nuevo a sí mismo y a la pantera juntos, y sentía que no tenía que ser abiertamente agresiva sino que sabía en lo profundo de su interior que era capaz de lo que fuera necesario. Algunas veces, incluso, se imaginaría a sí mismo emitiendo graves sonidos murmurantes en lo profundo de su garganta que, como él expresa, “recuerdan a la pantera que es una pantera”.

Uno de mis favoritos usos creativos espontáneos de la imagen de la pantera apareció más tarde en el trabajo de desensibilización (ver nota 3). Estábamos en aquel momento de su imaginación sentados y haciendo el examen cuando una maravillosa sonrisa apareció en su cara y me dijo que se acababa de imaginarse que la punta del lápiz con el que estaba escribiendo era en realidad la uña de la pantera; que la pantera estaba firmemente en su interior, incorporada y encauzada y, cuando las uñas salieron de las puntas de sus dedos, eran lápices con puntas muy afiladas que estaban escribiendo las respuestas del examen.

Esta vez, sus puntas eran verdaderamente afiladas. Después de haber suspendido el examen cinco veces previamente, en esta ocasión no sólo lo aprobó sino que también lo hizo muy bien. Por supuesto que yo no pude determinar si lo habría aprobado incluso sin terapia de ningún tipo, o si un procedimiento más ortodoxo de terapia conductual o terapia psicoanalítica solos (o de cualquier otra aproximación para el problema) habría funcionado tan bien. Sólo la investigación sistemática - investigación de un tipo que impondrá nuestros poderes de persistencia y de innovación metodológica- puede capacitarnos para solucionar con seguridad las muchas cuestiones que casos como éste suscitan. Pero el caso ilustra bien lo que puede ocurrir cuando la integración se mueve más allá de “un poco de esto y un poco de aquello” y comienza a caracterizarse por una más completa síntesis de los elementos separados. En las manos de un paciente creativo como John, las posibilidades son fascinantes.

LA EVOLUCIÓN DE UNA APROXIMACIÓN INTEGRADORA

Cuando por primera vez me descubrí a mí mismo trabajando en la forma descrita en este artículo, estaba más preocupado que complacido por ello. Yo me preguntaba si estaba abandonando mi compromiso de integrar métodos conductuales en mi trabajo, ya que en estos casos (cada vez más comunes) yo no estaba haciendo exactamente “terapia conductual”. ¿Estaba volviendo a las prácticas más tradicionales del terapeuta psicoanalítico, en las que originalmente me había entrenado y que podrían parecer en ocasiones casi grabadas en mí? (ver nota 4).

Una razón para esta preocupación era que, en mis más tempranos esfuerzos para incorporar métodos conductuales en mi trabajo clínico, cuando empleaba métodos procedentes de la terapia de conducta lo hacía de una forma bastante ortodoxa, incluso si el escenario no lo era. Esto es, cuando usaba estos métodos me parecía bastante a un terapeuta conductual tradicional.

Gradualmente, sin embargo, la línea divisoria comenzó a hacer distinción entre qué aspectos de mi trabajo clínico eran conductuales y cuáles representaban el lado psicodinámico. No sólo comencé a dar un aroma psicodinámico a mi uso de los métodos conductuales, sino que también mi estilo de llevar a cabo la parte psicodinámica del trabajo -de interpretar, de comunicar mi comprensión, e incluso de escuchar-, comenzaban a estar influenciados por mi creciente inmersión en el punto de vista conductual.

Alguno de estos cambios se recogió en *Psicoanálisis y Terapia de la Conducta* (Wachtel, 1977), donde se pueden encontrar ilustraciones del uso de los procedimientos conductuales corrientes y algunas de las formas en que han sido modificados en el esfuerzo de incorporarlos a una terapia orientada psicodinámicamente. Lo que estoy describiendo aquí es cómo este proceso de síntesis ha continuado. En gran parte del trabajo que hago hoy en día es difícil decir qué es lo psicodinámico y qué es lo conductual. El trabajo, se podría decir, está llegando a tener menos costuras. Esto, me parece a mí, es un deseable, si bien algunas veces confuso, estado de las cosas.

El enfoque expuesto aquí -en el que a veces se integran aspectos habitualmente incompatibles- requiere considerable atención a lo que el filósofo de la ciencia Michael Polanyi (p.e. 1964) ha llamado “conocimiento tácito”: inevitablemente “sabemos” más de lo que podemos articular; y mientras que abandonar el esfuerzo de articular empobrece la obra, también queda limitada por lo que se puede articular en un momento dado. Es fundamental para el enfoque aquí descrito la disposición a escuchar ocurrencias o temas inesperados, y estar interesado por lo que, desde una perspectiva restringida, podría conceptualizarse como una desviación, interrupción, o despropósito. Agarrarse muy fuertemente a la propia teoría puede convertir en irrelevantes, o incluso en imperceptibles, las observaciones que pueden hacer que la teoría prospere y se desarrolle.

Pero si no todas las intervenciones y respuestas descritas en este artículo

fueron explícitamente conducidas por la teoría, no obstante se prestan a ser comprendidas desde una perspectiva teórica integrada. Tal comprensión, además, no es simplemente una reflexión, envuelta en bonito papel de regalo, sobre la verdadera esencia del trabajo. Cuando se logra una comprensión teórica coherente, la probabilidad de generar más variaciones sobre este tema integrador, y además un seguimiento útil y sistemático, aumenta considerablemente.

Mi propia comprensión de cómo encajan las partes radica en lo que he venido a llamar “teoría psicodinámica cíclica” (p.e. Wachtel, 1985; 1987). El concepto clave de esta perspectiva teórica es el círculo vicioso, según el cual las percepciones, motivaciones, expectativas e interpretaciones de la persona sobre los hechos le llevan a acciones que, a su vez, tienen consecuencias que devuelven información que reconfirma o refuerza las muchas percepciones, motivaciones, etc., que generaron el patrón en el primer lugar (ver nota 5). Desde esta perspectiva, ni lo “interno” ni lo “externo”, ni la dinámica motivacional y perceptual, ni las influencias ambientales son lo más básico o fundamental. Cada una da cuerpo, influencia y estimula a la otra. Verdaderamente, en gran medida no son realmente “otra”. Son aspectos mutuamente interrelacionados de un gran todo (ver nota 6).

Trabajando con John, por ejemplo, esta perspectiva me llevó a ver como relevante, y como parte de un gran patrón, un número de diferentes características de la experiencia de John sobre el examen. Sus preocupaciones sobre el nivel social y sentimientos de humillación, por ejemplo, le llevaron a evitar estudiar y a tener que tomarse el examen a la ligera. Esto, a su vez, le llevó a más ansiedad causada por el sentimiento no reconocido de no estar preparado, y a suspender como resultado de su ansiedad y de la pobre preparación. El suspenso a su vez, intensificaba más su ansiedad ante el examen y su sentido de humillación y amenaza a su nivel social, lo cual generaba todavía más evitación y más necesidad compensatoria de ser arrogante. Esto hace todavía más probable otro suspenso, y el patrón se repite de nuevo otra vez.

Puesto que todos estos aspectos de la aproximación de John al examen contribuyen a su dificultad, y puesto que cada uno contribuye también a la perpetuación de los otros factores, parece indicada una aproximación a la terapia que intente exponerlos como interrelacionados entre sí. Desde la perspectiva de un análisis cíclico, diversas consideraciones aparecen no como un foco de atención separado o inconsistente, sino como partes de un conjunto coherente, de un complejo patrón que requiere un complejo y comprehensivo conjunto de intervenciones. Estas consideraciones a las que se debe atender, algunas veces de forma alternativa y otras casi simultáneamente, pueden ser: las preocupaciones de John sobre el nivel social, su vergüenza por estas preocupaciones y cómo presentársela de una forma gradual y no amenazante, su necesidad de exponerse a los indicios de la realización del examen que le generan ansiedad (y que contribuyen al mismo tiempo a su pobre ejecución y, por lo tanto, a más ansiedad), su evitación y sus

hábitos de estudio. Así no se está “cambiando” de una cosa a otra sino más bien viendo sucesivamente diferentes aspectos del mismo gran patrón. De esta forma, aunque la perspectiva teórica que yo empleo de ninguna manera dictó las cosas específicas que hice en cada momento, hizo más probable el tipo de aproximación sintetizada que se materializó.

COMENTARIOS FINALES

Las cuestiones con las que comenzaba este artículo probablemente nunca desaparecerán completamente o serán dejarán de ser irrelevantes. Cuanto más nos acerquemos a un enfoque verdaderamente integrador, sin embargo, tanto más probable será que lleguen a ser menos presionantes e intimidantes y que sus respuestas vayan a tomar probablemente una configuración más clara. Ayudado por los continuos esfuerzos evolutivos para comprender teóricamente estos desarrollos, por la elaboración de modelos de investigación lo suficientemente complejos para dirigir los nuevos retos que el trabajo integrador presenta, y por la potencia creativa espontánea de pacientes como Lillian y John, quizás podemos esperar que estén próximas verdaderas mejoras en nuestra habilidad de ayudar a las personas.

NOTAS

1.- Como Wile ha señalado de forma particularmente clara (p.e. Wile, 1984; 1985), las interpretaciones de rechazo de sentimientos y deseos demasiado a menudo tienen un tono inadvertidamente acusatorio. Descubrir una forma de capacitar a los pacientes para reconocer y aceptar estas tendencias conflictivas sin que sientan que están siendo criticados por tenerlas es una parte importante de la tarea del terapeuta (ver también Wachtel, 1987, cap. 7.)

2.- Mi conocimiento de la conducta de los grandes felinos, dicho sea de paso, deriva casi exclusivamente de programas de naturaleza de la televisión pública, los cuales me gustan mucho. Mi conocimiento de la *experiencia subjetiva* de estas magníficas criaturas, por supuesto, está solamente basado en una bondadosa antropomorfización combinada con un toque de palabrería y un poco de antojo. Verdaderamente, algo de la claridad de mi descripción vino de haber visto un programa de naturaleza la noche anterior; pero fue un programa sobre *otras* especies de grandes gatos, y no podría decir con autoridad si las panteras de hecho pasan la mayor parte de su tiempo sobre sus vientres o si verdaderamente acechan las presas durante horas como los leones y los tigres hacen. (De acuerdo con mi temprana minuciosa investigación sobre el asunto -cuando tenía diez años viendo películas de Tarzán- las panteras realizaban muchas de sus cazas saltando desde las ramas de los árboles).

3.- Además del fascinante material presentado aquí, no obstante, es importante que esté claro que al mismo tiempo continuábamos con la desensibilización “habitual”, a través de una jerarquía y de hecho encontrándonos que nos seguíamos

tropezando con algunos puntos de ansiedad resistente que requerían repeticiones diligentes antes de que cedieran. Además, permítaseme añadir que este trabajo de desensibilización prosiguió al mismo tiempo con explicaciones de cómo John se estaba preparando para el examen -discusiones en las que nuestra amiga la pantera ocasionalmente hizo una útil contribución.

Uno puede bien imaginar que otro terapeuta podría haber comenzado la desensibilización desde el principio. Que yo no lo hiciera fue debido primeramente a dos consideraciones: primero, los mayores esfuerzos de integración tienen un “sabor” que deriva de la orientación original del terapeuta. Mis continuas predilecciones están en principio basadas en la tradición psicodinámica, y así la exploración y clarificación de conflictos es una actividad preferente. Segundo, en este caso en particular, yo pensé que era importante exponer tempranamente los sentimientos conflictivos de John sobre el nivel social porque si no la terapia iba a ser sabotada por malentendimientos “inadvertidos” y otras cosas tales que a menudo se conceptualizan como “resistencias”.

4.- De hecho, por supuesto, yo no estuve practicando exactamente terapia psicoanalítica en el sentido tradicional. Esto fue menos problemático porque mi pensamiento está firmemente basado en la tradición psicodinámica en muchos aspectos y porque yo había pensado más clara y explícitamente mis razones para modificar la más típica forma de trabajar la línea psicodinámica (Wachtel, 1977).

5.- Por supuesto que la información devuelta puede también *modificar* las percepciones y asunciones de la persona. Cuando esto pasa, es más probable el efecto terapéutico. Los problemas que trae la gente a la terapia aparecen cuando coocurren los hechos de tal forma que el mismo resultado debería ocurrir una y otra vez.

6.-De esto también se desprende que mi comienzo de la descripción del círculo desde el “interior”, para entendernos, con las percepciones y motivaciones de la persona, es arbitraria; un artefacto de la naturaleza lineal de las descripciones publicadas. Las percepciones y motivaciones son tanto una función de las interacciones de uno con los otros como ellos son un determinante de aquellas interacciones.

Incluso en la práctica de los terapeutas de orientación integradora, lo que se ve más a menudo es una combinación de elementos derivados de diversas orientaciones teóricas más que una verdadera síntesis. Hay, sin embargo, ocasiones en que se consigue algo más cercano a la verdadera integración, y merece la pena examinar esos casos, pues pueden dar indicios sobre cómo se puede lograr la integración de una manera más esmerada. El presente artículo examina material clínico que representa un paso más en los esfuerzos del autor por aproximarse a una síntesis más plena que vaya más allá de la simple combinación de elementos o de diferentes alternativas de tratamiento. Se expone la relevancia para el trabajo terapéutico descrito de conceptos teóricos centrados en el círculo vicioso.

TRADUCCION: Eduardo Frechilla Arocha.

Nota editorial

Este artículo apareció publicado en el Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 1, N°1, en el año 1991 (pag. 43-54), y ha sido traducido con permiso del autor.

Referencias bibliográficas

- Beitman, B.D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford.
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon.
- Frances, A. , Clarkin, J. F., & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry*. New York; Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C. (1986a). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C. (1986b). *Casebook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Polanyi, M. (1964). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. New York: Harper & Row.
- Prochaska, J.O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (2nd ed.) Homewood, IL: Dorsey Press.
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*. N.Y.: Basic Books.
- Wachtel, P.L. (1985). *Integrative psychodynamic therapy*. In S. Lynn & J. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies* (pp. 287-239). Columbus, OH: Chas, E. Merrill.
- Wachtel , P.L. (1987). *Action and insight*. New York: Guilford.
- Wile, D. (1984). Kerneberg, Kohut, and accusatory interpretations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 21, 315-329.
- Wile, D. (1985). Psychotherapy by precedent. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 22, 793-802.

EL EFECTO INTEGRADOR DE LA REFORMULACION: PSICOTERAPIA COGNITIVO-ANALITICA EN UN PACIENTE CON UN TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD.

Anthony Ryle

UMDS at St. Thomas Hospital, London.

Hilary Beard

Gable House Community Mental Health Centre, London.

The impact of 26 sessions of Cognitive Analytic Therapy (CAT) on a patient with a borderline personality disorder is presented, largely through the patient's account given at a follow-up assessment interview. It is suggested that the account arises questions of practical and theoretical interest.

En un reciente artículo (Ryle, 1992) se discutió un caso real, publicado sobre un paciente tratado con un modelo Kleiniano, desde un punto de vista de una perspectiva teórica alternativa, la Psicoterapia Cognitivo Analítica (PCA). En este artículo se describe la aplicación de la Psicoterapia Cognitivo Analítica a un paciente con un nivel equivalente de patología. Intento demostrar cómo la técnica de reformulación, implica la creación de un nivel superior más preciso, y las descripciones verbales y diagramáticas de los procesos problemáticos pueden ser de utilidad en estos pacientes. En Ryle (1990) se halla información general sobre teoría y practica en PCA; Spencer (1992) ha descrito el tratamiento mediante esta técnica en pacientes que habían estado varios años en psicoanálisis previamente.

Aunque debiendo mucho a la teoría de las relaciones objetales, la Psicoterapia Cognitivo Analítica acude de una forma particular al psicoanálisis, la capacidad del paciente para la autoobservación consciente y el control se aumenta por medio de la creación de herramientas descriptivas, más que induciendo regresión y trabajando primariamente a través de la interpretación. La aplicación de estas descripciones a la vida diaria y a la relación paciente-terapeuta induce al cambio a través de un

proceso de demostración, principalmente por un reconocimiento temprano y después por la revisión de los procedimientos dañinos. Incluyendo todos los aspectos del paciente en las descripciones y a través de una referencia constante a la reformulación, la meta de la integración se hace de manera muy específica y ésta se experimenta como contenedora por parte de los pacientes.

HISTORIA DEL CASO

La paciente fue valorada inicialmente por el primer autor y tratada por el segundo. La paciente tenía 28 años, casada y con un hijo de 4 años. Aportaba una historia infantil muy dolorosa, marcada por una atroz lucha entre un padre alcohólico y una madre sumisa y por el abandono y abuso sufrido, proveniente de ambos. Había sido acusada de ser la causa del matrimonio miserable de sus padres, debido a su concepción prematrimonial. Idealizaba a su madre e intentó protegerla de los ataques de su padre alcohólico (pero llegó a ver, durante la terapia, que, contrariamente a lo que creía, su madre había fallado en protegerla). Ella fue la “madre pequeña” para sus jóvenes hermanos, pero desde el comienzo de la adolescencia comenzaron las rebeldías y los auto-abusos. Su matrimonio con un novio de la infancia, descrito como un hombre gentil y obediente, se había visto recientemente sacudido por un acto de infidelidad por parte del marido.

La paciente completó el cuestionario de problemas interpersonales (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villesenor, 1988), el SCL-90/4 (Derogatis, Richels & Rock, 1976) y la escala de disociación de experiencias (Bernstein & Putnam, 1988) antes de la terapia y en el seguimiento. Se hizo un diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad, de acuerdo con los criterios del DSM III R, basado en las siguientes evidencias:

- 1.- Las relaciones mostraban una fluctuación entre la idealización y el desprecio vengativo (marido, padres, familiares).
- 2.- Impulsividad. Una historia de impulsividad excesiva, pánicos, sentimientos de ser incapaz de atender a las llamadas de ayuda de otros. Arranques de ira, auto-lesiones (cortarse, golpearse la cabeza), conducción peligrosa.
- 3.- Humor inestable. En ocasiones sentía euforia, que “nada podría dañarla” por ser invencible; en otras ocasiones, desesperación con ideación suicida, experimentando dolor “peor que el de cortarse las venas”; en otras se sentía llena de culpa y vergüenza y en otras de nuevo furiosa “como un volcán”.
- 4.- Una ira irracional ocurrida en el contexto de la mayoría de sus relaciones, más marcada con su hijo de 4 años. También propensa a actos cuidadosamente planeados de venganza y victimización de aquellos que ella sentía que la habían fallado.
- 5.- Una historia de consumo excesivo y repetido de sustancias desde los 10 años, el primero ocurrió después de que su madre tomara una sobredosis. Una historia regular de 5 años, de ingestión incrementada de pastillas cuando caía en su depresión o humor desesperado. No intentos de sobredosis.
- 6.- Trastornos de identidad. Experiencias constantes de creencias y sentimientos conflictivos sobre sí misma;

debates entre “voces” que se oponían violentamente en su cabeza. 7.- Sentimientos crónicos de vacío. Esto fue evidente en algunos de sus estados, no siendo siempre referidos durante la terapia. 8.- Intentos de evitar el abandono real o imaginario. Miedo profundo al rechazo con intentos exhaustivos de agradar a los otros.

La reformulación verbal de sus procesos problemáticos fue como sigue:

1.- La “trampa de la búsqueda de la perfección”: sintiéndome como si yo fuera culpable, inútil o responsable de todas las cosas, me pongo niveles altos para intentar sentirme mejor o tengo altas expectativas de otros. Entonces temo fallar o sentirme traicionada por otros. En este marco me siento incapaz de mantener mis propios esfuerzos y los de los otros me decepcionan, esto me hace culparme o sentirme traicionada por otros. Me siento arruinada y me culpo por mi inadecuación o me siento enfadada y culpando a los demás, entonces me autocastigo desatendiéndome o autolesionándome, o ataco a otros rechazándoles o separándome de ellos. El resultado es que los sentimientos negativos sobre mí mismo y mi desconfianza hacia los demás se refuerzan y mi problema comienza de nuevo.

2.- La trampa del “ser usada”. Sintiéndome como si fuera culpable, inútil y responsable de todo, comienzo a ser una mártir de las necesidades de los demás, desatendiéndome a mí misma, preocupándome por los demás sin poner límites, no defendiendo mis propias necesidades y sin saber decir no a nada. Como resultado soy usada, ignorada o los demás abusan de mí; mis necesidades personales no son apreciadas debidamente hasta que los demás se sienten abrumados y yo profundamente resentida. Entonces exploto y ataco, castigo y rechazo a aquellos que me hacen sentir culpable y mal y me aterroriza lo que los demás están haciendo para abandonarme o desatenderme. De este modo, sintiéndome culpable, inútil y desconfiada, vuelvo una vez más al patrón de intentar agradar y cuidar a los demás.

3.- La “trampa del agotamiento/enfermedad”: sintiéndome como si fuera culpable, inútil o responsable de todo, llego al límite de la enfermedad, agotamiento o desplome y siento que no merezco la ayuda de otros. Ellos asumen que no necesito ayuda y continúan esperando que sea tan fuerte que al final me derrumbo y enfermo. Yo gano la atención de los demás por mi enfermedad o extenuación, pero mis otras necesidades no son atendidas. Entonces, me siento incomprendida y devaluada, o siento alguna satisfacción viendo lo que otros hacen por mí. Así me siento egoísta, ingrata y culpable por cada pensamiento, como si hubiera fallado de algún modo, y vuelvo al patrón de tener que ser dura, de nuevo.

4.- Un dilema central de mi vida puede expresarse de la manera siguiente: a veces me siento desesperadamente culpable, autovituperada, infeliz, atrapada y envidiosa, y otras me siento furiosa, culpo a otros, me siento rechazada y experimento intensos sentimientos de venganza.

Esta descripción verbal de los procedimientos problemáticos fue complementada con el diagrama (Fig.1). Las tres trampas descritas verbalmente y el dilema fueron mostrados para ser relacionadas en un modelo interno de relación entre los

dos roles interiorizados: un rol parental de abuso, rechazo, y culpa; y un rol infantil dañado, no deseado, sucio, culpable, e inútil. El diagrama, además de describir los aspectos mencionados en la reformulación, muestra un estado alternativo idealizado, que representa un subsistema escindido del yo.

CURSO DE LA TERAPIA

La terapia estuvo marcada por intensos sentimientos, en los que la paciente recordó su vida temprana y en particular la confrontación con los fallos y desatendimientos de su madre. A veces el terapeuta se sintió atrapado e incapaz de evocar experiencias de la infancia de la paciente, otras veces, los intensos sentimientos asesinos que tenía la paciente fueron el tema central.

El procedimiento básico de Psicoterapia Cognitivo Analítica fue seguido de manera que la reformulación escrita y el diagrama se completaron de la 4^o a la 6^o sesiones, sirviendo de referencia para las sesiones posteriores de terapia, los progresos de cada sesión fueron expuestos en un gráfico. Al final de la terapia, la paciente y el terapeuta escribieron una carta de despedida, evaluándola. La paciente escribió lo siguiente:

“Siento que hemos logrado mucho, gracias por todo. Me has ayudado a cerrar puertas que no me estaban llevando a ninguna parte, que no fuera el dolor, y en este proceso he abierto otras nuevas que me ayudarán a lo largo de mi vida a alcanzar las metas que buscaba tan desesperadamente. Juntos hemos desenmarañado algunos de mis dolores infantiles, los hemos enfrentado y luego clarificado con perspectiva, dejándome libre para trabajar en otros problemas con mi nuevo conocimiento de cómo congelarlos y evitarlos. Espero no volverme a encontrar de nuevo a mí misma, en la más completa y absoluta obscuridad”.

INTRODUCCION DEL DIAGRAMA

La carta del terapeuta incluyó lo siguiente:

“En nuestras primeras sesiones fuiste capaz valientemente de liberar algunos de tus recuerdos y sentimientos dolorosos que habías llevado contigo desde tiempos pasados, expresando tu enfado y a la vez, los sentimientos asesinos hacia la gente importante de tu vida... Al hacerlo, te has librado de parte del dolor de tu pasado, aprendiendo que su expresión conlleva algún alivio, algo de lo que ahora eres capaz de hacer en tu vida. Has enfrentado el miedo a ser rechazada como cuando te preocupabas sobre lo que yo iba a pensar sobre ti... A través de la exploración de tus recuerdos, pensamientos y sentimientos has sido capaz de hacer considerables cambios en tus relaciones, clarificando lo que pertenece a cada uno... Has sido capaz de separar algunos de tus sentimientos sobre tu padre de tu marido, calmando tu deseo inicial de venganza y haciendo más fácil expresar tus necesidades.

Aprendiendo a cuidarte más, has encontrado tus necesidades infantiles menos agobiantes y despiadadas. Enfrentando tu necesidad del pasado de idealizar a los

mucho mejor por la noche, por lo tanto estoy menos susceptible, no me atormento con las cosas, además podría decir que mi mente está bastante más normal. Es como si alguien se hubiera llevado algo de aquí (señalando su pecho), como que lo acabaran de eliminar llevándoselo. Creo que lo que he tenido vale su peso en oro. Se lo he contado a alguien al llegar.

T.-Ud. dice que duerme mejor. Cuando yo la vi estaba teniendo muchas pesadillas.

P.-Eran horrosas y lo más extraño sobre ellas es que después de verle a Ud., la primera vez, (aún antes de ver a Hilary), las pesadillas casi desaparecieron. Quizás quedó el 10%. No creo que fuera simplemente por contarle, creo que fue por contárselo a alguien fuera de la familia. Una, siempre duda de que alguien realmente crea lo mal que se siente y yo pienso que cuando se lo dices a cualquier extraño y ellos no se ríen de ti ni cambian de tema, comienzas a pensar “bien, ellos me creen”.

T.-¿Tales pesadillas le han traído una gran cantidad de recuerdos no?

P.-Creo que lo que ocurrió conmigo es que yo pensé siempre que en mi vida solamente había tenido problemas con mi padre. Pero yo no tuve sólo problemas con mi padre, los tuve también con mi madre. Nunca la conocí realmente, porque era mi única tabla de salvación y no podía vivir del todo sin ella, mi mente sólo podría permitirme ver lo equivocado de mi padre, dejando de lado lo equivocado que hacía ella. Esas pesadillas fueron usadas para devolverme los recuerdos malos otra vez. Entendí que estaban intentando decirme algo.

T.-Cuando la vi, estaba muy baja de ánimo la mayor parte del tiempo. ¿Esto ha cambiado?

P.-Sí, sí. Yo acostumbraba a pensar que el único momento en que me encontraría en paz sería cuando estuviera muerta y que éste era mi destino porque yo había hecho algo equivocado y me torturaba. Creía que estaba en la tierra para pagar. Ahora no siento esto. No me siento culpable de cosas que quizás yo hubiera podido haber cambiado para rectificarlas algo mejor de lo que lo hice. Pienso: bien, paso, soy humana.

T.-¿Es Ud. más tolerante también con los demás?

P.-Sí. Quizás no esperaba tanto de los otros como de mí misma, con mi propio estandard demasiado alto, obviamente tenía altas expectativas también de los demás.

T.-¿Fue esto, en parte, lo que la hizo ser dura con su hijo?

P.-Sí, creo que lo fue, creo que estaba haciendo con él lo mismo que hacía conmigo. Estaba esperando que él asumiera responsabilidades. El no es capaz, es un niño ¿qué puedo esperar que haga?. Antes acostumbraba a tener tanta tensión que hubiera querido darle un puntapié, golpearle, gritarle y estrangularle y pensaba que Dios me había dado este niño para castigarme.

T.-¿Qué paso con su marido?

P.-De nuevo le puse en un pedestal.

T.-¿Cómo a su madre?

P.-Sí, exactamente, le puse allí encima. De alguna manera no creo que estuviera pensando en él como una persona, creo, no lo sé, que era como algo que yo poseía. No le estaba permitiendo cometer ningún error, no le estaba permitiendo ser humano y cuando cometió uno, pagó un alto precio por él. No estoy diciendo que le perdone lo que hizo, no; nunca lo olvidaré, pero no puedo seguir el resto de mi vida echándoselo en cara. Yo acostumbraba a decir que él era mío, el sería..., el tendría..., el haría... Pero el problema es lo que hizo, siempre, él nunca se quejó, y

...

T.-No directamente, pero lo mostró de otra manera.

P.-Sí, supongo que él no pudo aguantar más y por esto lo hizo. Lo encontré doloroso, pero de alguna manera creo que esto ha provocado que nos acerquemos. Creo que me he dado cuenta de que los dos somos capaces de errar, especialmente yo.

T.-Solías tener bastantes sentimientos extraños cuando estabas en mitad del sueño, bastantes sentimientos exteriores a ti...

P.-Sí, era raro. Solía pensar, no sé, como si yo estuviera duplicada y mi cuerpo estuviera allí, pero yo no. Siempre me daba la espalda a mí misma, si se puede decir así, y fue sólo cuando miré hacia mí cuando llegué a ser de nuevo yo. Fue realmente raro. Todo el tiempo decía, que eso no era yo, sabía que eso no era yo. Sabía que era alguien más, pero al mismo tiempo todas las pruebas decían que había sido miserable, así que creo que quizás esto pasó, porque quise huir de mí. Quizás culpé al cuerpo de que estaba siendo la parte miserable y el yo real estaba flotando hacia algún sitio mejor. Esto no ha ocurrido desde hace mucho tiempo.

T.-¿Sigue siendo aún una limpiísima ama de casa?

P.-Creo que he abandonado bastante esta etapa. Definitivamente paso la aspiradora solamente una vez al día, por la mañana, y pase lo que pase no la saco otra vez. Ahora creo que he pasado de ser inmaculada y destellante en todo, a ser limpia, pero no en exceso. Estoy permitiendo a mi hijo ser un niño, no le grito “Dios, no toques la nevera yendo a toda prisa allí con un trapo y detergente, no me gusta esto pero si él deja caer, por ejemplo, una galleta en el suelo, no voy volando y me tiro sobre la galleta y le echo un sermón sobre lo sucio que es, e inmediatamente la pongo en el cubo. Yo digo, “¡Oh, él ha recogido la galleta y está comiéndola!”

T.-¿Que hay sobre usted misma y el sentido de su cuerpo?. Ud. no tenía una imagen favorable cuando hablamos la primera vez.

P.-Realmente me odiaba a mí misma: No puedo decir que en este momento me guste totalmente, pero no me odio. Siento que tengo derecho a algunas satisfacciones, a disfrutar de un baño si me apetece, a cualquier cosa que quiera hacer, dentro de lo razonable. Yo no tengo que ser su esposa, su madre, su hija, ni estar disponible para ellos; puedo hacer algo por mí y de hecho ahora a menudo gasto algo de dinero en mí, algo que antes nunca había hecho. Le pondré un ejemplo: tengo un par de

zapatos de plástico (me compraba uno cada 4 años), que costaron 1 libra y los llevaba continuamente. Hace 6 semanas, se me hizo un agujero que pegué, pero mis pies estaban ensuciándose; olvidé que se habían roto, pero de repente volví a verlo y pensé “Dios ¿Qué estás haciendo?”, eché una maldición, y me dije: tíralos a la basura y sal a comprarte un par nuevo; así lo hice, mientras que antes me hubiera puesto calcetines más gruesos (para no sentir el agujero).

T.-¿Qué hay de sus problemas con la alimentación?

P.-No creo que esto sea ahora un problema, aunque puede no ser del todo cierto. Yo tenía un raro antojo. Estaba paranoide sobre el sobrepeso, así que hacía una gran cantidad de ejercicio para estar segura de que no estaba gorda y mientras me mantenía por debajo del peso mi cuerpo no me importaba en absoluto. Ahora no pienso que estar gorda sea sucio, malo o impuro, contrariamente a lo que sentía tiempo atrás. Antes solía castigarlo. Si me molestaba (el cuerpo), si tenía un resfriado, yo le decía a mi cuerpo que no iba a consentir de ninguna manera que me tratara de este modo sin pagar por ello, así que yo lo alimentaba y hacía cualquier cosa para castigarlo, para ponerlo enfermo; ahora, si yo siento un dolor de garganta suave, inmediatamente me digo “bien, no fumes, vete y coge alguno de estos sprays, rocíalos en tu garganta y ponte un pañuelo de seda alrededor de ella”, esto es lo primero que hago.

T.-¿Qué hay sobre las relaciones actuales con tus padres, han sido clarificadas?

P.-Yo hablé con mi padre y le dije: mira, tú has seguido un camino durante mucho tiempo en el que me hiciste daño, espero que ahora estés satisfecho de oír lo que te estoy diciendo, pero ya no puedes hacerme más daño, porque yo no soy culpable de lo que te ha pasado. Es gracioso, casi al final de mis sesiones con Hylary, descubrí que mi madre y padre estaban ya comprometidos oficialmente 6 meses antes de que yo fuera concebida, así que esto no tenía que ver conmigo. Le dije a mi madre, “este asunto ni me importa ahora ni me va a importar nunca más, no me preocupo de si tu te casaste por mí o no, porque no fue mi culpa. Antes, siempre le decía: bien, “tu sólo te casaste por mi ¿no es así?, ella no contestaba o decía: “este es uno de los asuntos que influyeron en aquel momento”.

Nunca me dio una respuesta directa y una vez me miró y dijo “No sé de dónde has sacado esa idea de que yo sólo me casé con tu padre por tí”.

Otra gente era al principio desagradable conmigo cuando yo me atrevía a decir que no. Entiendo lo que mi hermano dijo en una ocasión: “si tu no me das el dinero, perderé mi hogar y después mi hijo tendrá que ir a un lugar de custodia. Yo acostumbraba siempre a caer en esto. Decía no y entonces pasaba un fin de semana horrible por haberlo dicho. Irónicamente, en aquella ocasión, mi hermano me llamó el lunes y me dijo: “lo siento, estaba equivocado”; entonces yo le regañé y le dije que de ninguna manera, aunque su vida o la de sus hijos dependiera de ello, le iba a dar un dinero del que no disponía.

T.-¿Qué fue lo peor en su terapia?

P.-Creo que fue, probablemente, el miedo de no estar trabajando.

T.-Te arriesgaste mucho.

P.-Sí, yo había intentado muchas cosas diferentes y nunca había podido aguantar el dolor ni borrar los recuerdos, estaba atemorizada de revivirlos, estaba siendo instada a revivirlos tras 20 años de continuo rechazo y estaba asustada de que cuando los evocara, nadie fuera capaz de decirme: “bien, ya me has contado esto”, ondeando una varita mágica sobre mí para poder olvidarlos. Me sentía asustada, porque al intentar enfrentarme con ellos me atacaban súbitamente. Pero creo que este sentimiento duró principalmente de la 3^o a la 6^o semana. Creo que aquí fue cuando me sentí más atemorizada, porque creí no poder manejarlos y ...

T.-¿Qué la hizo sentir que sí podía?

P.-No lo sé; no me atrevo a decir que era una voz en mi cabeza, pero si lo era, de todas maneras no fue de hecho una voz, fue quizás un sentimiento de que “no podría ser peor”: Si no ocurre nada no estarás peor, ¿no vas a aprovechar la oportunidad?. También dudaba mucho el poder trabajar bien. Sobre la 8^o semana estaba llena de pensamientos de todo tipo: “esto es una pérdida de tiempo, no estoy llegando a ninguna parte, sólo estoy haciéndome daño”; pero algo dentro de mí estaba haciéndome ir a la terapia, después, de repente, alrededor de la sesión 11 vi que estaban ocurriendo cosas. Probablemente estaban gestándose, pero solo fui consciente de ellas después. Creo que si yo hubiera parado de pronto este proceso, podría haber hecho algo drástico ya que no hubiera soportado saber que tenía una oportunidad en mi mano que podía perder. Pero gracias a Dios esto no ocurrió.

EVALUACION DE LA TERAPIA

Los resultados de los que la paciente informó muestran la existencia de un cambio considerable durante la terapia. Una evidencia paralela proviene de las puntuaciones en los tests: su puntuación total en el test de problemas interpersonales (Horowitz et al 1988) bajó de 314 a 102 y su puntuación de síntomas en el SCL-90/4 (Derogatis, 1983) bajó de 282 a 13. Las puntuaciones en la escala de experiencias disociadas (Bernstein & Pitman, 1988) mostraron una bajada de 17 a 7. El seguimiento mostró que las ganancias se mantuvieron después de la terminación. Esta fue una terapia particularmente efectiva en una paciente seriamente afectada, pero inteligente y comprometida. El tratamiento fue parte de un estudio piloto que investigaba el uso de Psicoterapia Cognitivo Analítica en pacientes con un trastorno borderline de la personalidad; ella fue uno de los pacientes menos patológicos del proyecto. Sin embargo, el estudio piloto y otras experiencias sugieren que aproximadamente la mitad de estos pacientes pueden aceptar la terapia y hacer algún uso de ella, no requiriendo en estos casos terapia adicional.

DISCUSION

Las diferencias entre las teorías y prácticas de diferentes escuelas de psicoterapia pueden ilustrarse con la comparación de 2 historias no resueltas. El intento de este artículo ha sido demostrar cómo el modelo alternativo propuesto por Ryle (1992), discutido en el artículo de Steiner, puede ser aplicado y cómo genera buenos resultados terapéuticos en un paciente de una gravedad comparable.

Las característica específica central de la Psicoterapia Cognitivo Analítica es la reformulación, y nosotros creemos que el poder de la propuesta y su capacidad para promover cambios en un tiempo limitado procede de ésta. Hay un número de razones que explican el por qué: la carta de reformulación retoma la historia de la vida del paciente, restaurando de alguna manera el significado de los sucesos pasados, los detalles o significados que han sido distorsionados a través de procesos defensivos, mitos familiares engañosos o mentiras. Esto se une dentro de una especie de orden fragmentario confundiendo los recuerdos y hace descubrir cómo las conclusiones dibujadas desde estas experiencias han generado la presente desintegración o los procedimientos patológicos. La descripción verbal y diagramática de estos procedimientos, con su énfasis en cómo los resultados han servido para reforzar los patrones dañinos, ofrecen una explicación de por qué el cambio ha sido tan duro de alcanzar indicando que el objetivo de la terapia es un cambio procedimental. La forma de llegar a estas descripciones y su presentación por escrito es vivido por los pacientes como signo de una preocupación real y no como un juicio de valor: los pacientes están a menudo conmovidos profundamente y la alianza terapéutica se ve habitualmente cimentada.

La aplicación de estas mismas descripciones a la vida diaria y a la transferencia, evita hacer de ésta un concepto fátuo o místico; la manifestación de los procedimientos problema en la relación terapéutica se trata de un modo práctico y ofrece una oportunidad inmediata para demostrar su emergencia y una ocasión para ofrecer respuestas no conclusivas y para explorar alternativas. La monitorización de la vida diaria del paciente, a través de diagramas o descripciones verbales de procedimientos problema, desarrolla una nueva capacidad para autoobservarse y esto inicia una gran integración; “primero eres testigo y luego lo integras en tu yo”. El poder de la terapia es menos opresivo y la participación del paciente es más importante en esta aproximación, que en la terapia dinámica convencional. La conducta destructiva no es interpretada como resistencia o como una gratificación masoquista o de otra manera que implique un matiz de motivación, sino más bien como resultado del repertorio restringido de procesos de rol del paciente. Evitando la ambigüedad (o aceptándola si se da el caso), el terapeuta da un ejemplo de una relación mutua y respetuosa, al mismo tiempo que proporciona un marco de herramientas conceptuales para que el paciente las aplique. A través de estas dos características, la internalización del terapeuta incluye el aprendizaje de habilidades e ideas y un ejemplo de cuidado humano. Incluso los individuos seriamente

dañados, tienen capacidad para usar esta experiencia con el fin de volverse más capaces de autoentenderse y cuidarse, en un tiempo limitado de terapia el paciente adquiere alguna capacidad de ser su propio terapeuta.

Hay, por supuesto, pacientes en los que la desconfianza es demasiado grande, su aislamiento demasiado profundo o su uso autodestructivo de drogas o alcohol demasiado extenso, para que este modelo cooperativo de terapia tenga éxito, y hay algunos otros para los que esta aproximación necesita ser un aspecto más de un programa desarrollado con ingreso hospitalario, hospital de día, trabajo de soporte social o terapia de grupo; todas estas facilidades, desafortunadamente han sufrido recortes en los servicios sociales. Hay otros pacientes que, siguiendo una breve intervención pueden hacer uso después de una terapia más prolongada si les es posible. Los peligros de la dependencia regresiva pueden evaluarse mejor cuando se ha vivido y terminado una terapia breve. Por otro lado, la existencia de un servicio que oferte terapia a este numeroso grupo de pacientes desatendidos, puede poner algo de remedio a su, demasiado común, cuidado insatisfactorio y a su relegación a la categoría de intratables.

Dejando las cuestiones de la oferta de servicio aparte, el asunto del contraste teórico y técnico descubierto en las historias del caso discutidas en este artículo y en Ryle (1992) merecen un debate y una investigación seria.

Se presenta el impacto de 26 sesiones de Psicoterapia Cognitivo Analítica en una paciente borderline a través de los informes dados por el paciente en las entrevistas de valoración durante el seguimiento. Se sugieren una gran cantidad de cuestiones de interés práctico y teórico.

Traducción: Beatriz Velarde.

Nota Editorial

El presente artículo fue publicado en el British Journal of Medical Psychology (1993), vol.66, 249-258 y ha sido traducido con permiso del autor.

Referencias bibliográficas:

- BERNSTEIN,E.M. & PUTMAN,F.W. (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174 (12), 727-735
- DEROGATIS, L.R., RICHELIS,K. & ROCK,A. (1976). The SCL and the MMPI: A step in the validation of a new self report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289
- HOROWITZ,L.M., ROSENBERG,S.E., BAER,B.A., URENO,G. & VILLESENOR,V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Conuselling and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892
- RYLE,A. (1990). *Cognitive Analytic Therapy: Active participation in change*. Chichester: Wiley.
- RYLE,A. (1992). In A. Ryle,, J. Spencer & Yawetz (Eds), When less is more or a least enough: two case examples of 16 session Cognitive Analytic Therapy. *Britihs Journal of Psychotherapy*. 8(4), 401-412.

RUPTURAS EN LA ALIANZA TERAPEUTICA: UN AMBITO PARA NEGOCIAR UNA AUTENTICA RELACION.

Jeremy D. Safran.

New School for Social Research, New York.

In this article I argue that the clarification of the processes involved in working through breaches or ruptures in the therapeutic alliance, is a vitally important task for psychotherapy theorists and researchers. I suggest that these inevitable problems in the therapeutic alliance provide important opportunities for clarifying factors that may create barriers to authentic relatedness in client everyday lives. Furthermore, working through these problems can provide clients with valuable experience in the important tasks of reconciling the needs for relatedness and agency, and of coming to accept both self and other.

The centrality of these tasks to the human condition has been recognized across the ages and across different cultures. The current paradigm shift in psychotherapy theory and practice toward more relational and constructivist perspectives, however, has established a particularly ripe climate for enhancing our understanding of the client - therapist relationship through a differentiated exploration of these concerns.

“Aproximadamente un año después de la separación de mis padres se deshizo el hogar vienes donde pasé mi infancia... A mí me dejaron en la casa de mis abuelos. Esta tenía un patio interior rectangular rodeado por un balcón de madera que se extendía por el tejado y por el cual se podía andar alrededor de todo el edificio. Aquí estuve una vez, cuando tenía 4 años, con una chica varios años mayor, hija de un vecino, a cuyo cuidado me había dejado mi abuela. Estuvimos apoyados en la barandilla. No puedo recordar lo que le dije a ella sobre mi madre. Pero todavía oigo lo que la chica me dijo “No, ella nunca volverá”. Sé que me quedé callado, abrigando esperanzas de no dudar de dichas palabras. Estas se quedaron grabadas en mi, año tras año se hundían más en mi corazón y después de más de 10 años comencé a percibir las como algo que no sólo me concernía a mi sino a todos los hombres. Posteriormente, inventé la

palabra “*vergegnung*” -desencuentro- para dar nombre al fracaso de un mal encuentro entre seres humanos. Cuando pasados otros 20 años vi de nuevo a mi madre que había venido desde lejos a visitarnos a mi mujer, mis hijos y a mi, no pude mirar fijamente dentro de sus hermosos ojos sin oír procedente de algún lugar la palabra “*vergegnung*” como una palabra dicha hacia mi. Sospecho que todo lo que he sabido acerca de un encuentro auténtico en el curso de mi vida tuvo su primer origen en aquella hora en el balcón.”

Martin Buber.

SALVAR LAS RUPTURAS EN LA ALIANZA TERAPEUTICA

En los últimos años he presenciado un cambio claro en el énfasis de la terapia y práctica psicoterapéutica, en la dirección de una perspectiva interpersonal y hacia el reconocimiento de la importancia de la relación terapéutica como un mecanismo terapéutico de significado fundamental. Greenberg y Mitchell (1983) y Eagle (1984) han realizado excelentes trabajos documentando el cambio, tomando posiciones en la teoría psicoanalítica hacia perspectivas orientadas relacionamente. En la tradición cognitivo-conductual, un número cada vez mayor de autores, ponen énfasis en la necesidad de integrar las perspectivas cognitiva e interpersonal, e incorporar sistemáticamente el uso de la relación terapéutica como un instrumento de cambio (Arnkoff, 1983; Goldfried y Davison, 1976; Jacobson, 1989; Safran, 1984 a;b). El deslustrado concepto de experiencia emocional correctora (Alexander y French, 1946) está siendo rehabilitado y dotado de nueva vida por una serie de teóricos de diversas tradiciones (Arkowitz y Hannah, 1989; Jacobson, 1989; Kohut, 1984; Safran y Segal, 1990; Strupp y Binder, 1984; Weiss, Sampson y el Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1987).

El fracaso consistente en hallar diferencias en la eficacia de distintas formas de psicoterapia y el descubrimiento de que los factores terapéuticos comunes explican una gran cantidad de la varianza, están llevando a un gran número de investigadores en psicoterapia a concentrar su atención en la relación terapéutica (Lambert, 1983). En este contexto, el concepto de alianza terapéutica ha recobrado un significado central. Desde los orígenes de la terapia psicoanalítica (Greenson, 1967; Sterba, 1934; Zetzel, 1956) la alianza ha sido conceptualizada en términos transteoréticos como un prerrequisito para el cambio en todas las formas de terapia (Bordin, 1979) y se ha acumulado una cantidad impresionante de investigación empírica, consistente con esta conceptualización (Alexander y Luborsky, 1986; Horvath y Greenberg, 1989; Orlinsky y Howard, 1986; Suh et al, 1989).

En este artículo sostengo que: 1) La exploración y resolución de las dificultades en el establecimiento y/o mantenimiento de una buena alianza terapéutica pueden desempeñar un papel central en la ayuda al cambio de los pacientes. 2) La

clarificación de las operaciones dentro de una sesión, implicadas en la resolución de los problemas referentes a la alianza terapéutica, es uno de los desafíos prácticos más importantes que enfrenta hoy a psicoterapeutas e investigadores en psicoterapia; y 3) La clarificación de los mecanismos teóricos por los que se resuelven estos problemas y se llega al cambio, es una tarea reveladora y de suma importancia. Comenzaré explorando el valor que supone centrarse en las rupturas de la alianza desde las perspectivas de la eficacia terapéutica y del desarrollo de la teoría. Después, examinaré los procesos dirigidos a subsanar estas infracciones o rupturas y que pueden llevar al cambio.

En esta discusión de los procesos fundamentales, sostendré que la exploración de las rupturas de la alianza es un asunto particularmente importante porque son paradigmáticas de un dilema fundamental de la existencia humana: la necesidad de conciliar nuestro deseo innato de relaciones interpersonales con la realidad de nuestras separaciones. Ilustraré cómo este tema aparece como un asunto central en un gran número de tradiciones psicológicas, filosóficas y espirituales, posteriormente intentaré aclarar cómo el trabajo a través de las rupturas de la alianza puede ayudar a la reconciliación de este dilema.

EFICACIA TERAPEUTICA.

El descubrimiento consistente de que el paciente tipo, tiende a beneficiarse de la psicoterapia sea cual sea la aproximación empleada (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Shapiro, 1985; Smith y Glass, 1983) oscurece el hecho de que en cualquier estudio de un tratamiento, hay pacientes específicos que mejoran, mientras que otros se mantienen igual e incluso empeoran (Bergin, 1970). ¿Quiénes son los pacientes que no se benefician de la psicoterapia?. La evidencia empírica sugiere que la calidad de la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados terapéuticos. En un nivel práctico, esto podría parecer central para desarrollar formas de ayudar a estos pacientes, que no se benefician de la terapia tan rápidamente como los demás -los pacientes con los que es difícil establecer o mantener una buena alianza terapéutica.

Los hechos están empezando a sugerir que diferentes terapeutas poseen distintas habilidades en este aspecto (Lambert, 1989; Orlinsky y Howard, 1980; Ricks, 1974). Luborsky y colaboradores (1985), por ejemplo, demostraron que mientras los pacientes respondieron igualmente bien a tres condiciones de tratamiento distintas, los terapeutas individuales (a pesar de la condición de tratamiento) mostraron niveles distintos de eficacia con sus pacientes y que la mayor variable mediadora era su habilidad en establecer buenas alianzas terapéuticas. En un seguimiento de este estudio, Luborsky y colaboradores (1986) reanalizaron los datos de cuatro importantes estudios sobre eficacia encontrando que, en todos ellos, la contribución en los resultados de la variable terapeuta había eclipsado los efectos de la modalidad de tratamiento.

En el primer estudio psicoterapéutico de Vanderbilt, Strupp (1980) observó que un factor importante que distinguía los casos con resultados negativos, era la dificultad del terapeuta para establecer una buena alianza terapéutica con sus pacientes, debido a una tendencia de caer atrapado en ciclos de interacción negativa en los que respondían a la hostilidad del paciente con su propia contrahostilidad. Esta observación fue posteriormente apoyada de una manera más sistemática con los datos provenientes del segundo estudio de Vanderbilt, en los que se demostraba que un factor principal que distinguía a los tratamientos fracasados de los exitosos, era la tendencia del terapeuta a encerrarse en ciclos complementarios negativos con sus pacientes (Henry, Schacht y Strupp, 1986; Henry y colaboradores, 1990).

La importancia de centrar nuestros esfuerzos teóricos e investigadores en depurar el cómo se trabaja con las alianzas terapéuticas problemáticas, cobra gran importancia cuando uno se para a pensar que los terapeutas de estos estudios estaban bien entrenados y eran experimentados. Como Strupp (1980) señaló después del primer estudio de Vanderbilt:

Lo cierto es que cualquier terapeuta -en realidad cualquier ser humano- no puede quedar inmune a las reacciones negativas (enfado), a la rabia reprimida que se encuentra frecuentemente en los pacientes con alteraciones moderadas a severas. Tan pronto como uno entra en el mundo interno de otra persona a través de una relación terapéutica, se enfrenta con la necesidad ineludible de tratar con la reacción propia a la tendencia del paciente a hacer del terapeuta un compañero en sus dificultades a través de la transferencia. En el proyecto de Vanderbilt, los terapeutas -incluso los muy experimentados y los que habían seguido un análisis personal- tendían a responder a estos pacientes con contrahostilidad expresándola mediante frialdad, alejamiento y demás formas de rechazo. (p.953).

Estas observaciones llegan a ser particularmente penetrantes teniendo en cuenta que los terapeutas del segundo estudio de Vanderbilt estaban explícitamente entrenados para trabajar con ciclos interaccionales negativos que habían sido observados en el primer estudio de Vanderbilt. La clarificación de los procesos implicados en el trabajo terapéutico con estos ciclos interaccionales negativos y la resolución de las rupturas de la alianza terapéutica podrían ser una importante línea para el futuro de la investigación en psicoterapia y el desarrollo de la teoría (cf. Foreman & Marmar, 1985; Safran et al 1990; Safran & Segal, 1990). Puesto que he descrito nuestro programa de investigación en este área en otros lugares (Safran, 1993; Safran et al 1990; Safran, Muran & Wallner, 1991), aquí focalizaré exclusivamente en aspectos teóricos.

LA RUPTURA DE LA ALIANZA COMO UNA VENTANA HACIA LOS TEMAS CENTRALES.

Una ruptura en la alianza terapéutica puede ser una seria barrera al progreso terapéutico, pero puede proporcionar al mismo tiempo una información indispen-

sable al terapeuta. El impacto de cualquier acción del terapeuta está siempre mediado por la construcción que de ella hace el paciente. Un problema en la alianza proporciona una importante oportunidad para aclarar los patrones de construcción característicos del paciente (Safran, 1993; Safran et al, 1990; Safran y Segal, 1990). Desde una perspectiva interpersonal, cualquier tensión en la alianza terapéutica refleja las contribuciones tanto del paciente como del terapeuta. La importancia relativa de estas dos contribuciones varían de un caso a otro. En algunos casos, el terapeuta puede intervenir de una manera que el paciente medio experimentará como útil, pero que puede ser experimentada por un paciente particular como crítica, invalidadora o rechazante. En estos casos la exploración de la manera en la que el paciente construye las acciones del terapeuta puede llevar a la clarificación de los principios de organización central que forman el significado de los sucesos interpersonales para el paciente. Por ejemplo, un paciente que vive el silencio del terapeuta como una dificultad, puede tener una tendencia general a percibir a los otros como distanciados o no disponibles emocionalmente. Un paciente que vive las intervenciones más activas del terapeuta como una dificultad, puede tener una tendencia a percibir a los demás como controladores o intrusivos.

Como los teóricos interpersonales enfatizan, es importante para el terapeuta clarificar las contribuciones que ambas partes están poniendo en la interacción (Gill, 1982; Greenberg, 1991; Hofman, 1991; Kiesler, 1986; Stolorow, 1988). En algunos casos, una intervención dificultosa refleja tanto una técnica o una característica del terapeuta que surgirá con la mayoría de los pacientes. Por ejemplo, un terapeuta con una aproximación particularmente confrontativa debido a su orientación terapéutica, a su particular estilo agresivo interpersonal (o a ambos a la vez), puede tener dificultad para establecer la alianza con muchos pacientes. En otros casos el terapeuta contribuye a los problemas en la alianza terapéutica, participando inconscientemente en círculos viciosos, semejantes a los que caracterizan las demás relaciones de los pacientes. Por ejemplo, un terapeuta que responde a la hostilidad del paciente con contrahostilidad, confirma la creencia del paciente de que los otros son hostiles y obstruye el desarrollo de una buena alianza terapéutica. Un terapeuta que responde a la introversión del paciente empujándolo a la autorevelación, confirma el punto de vista del paciente de que los otros son intrusivos, perpetuando un círculo vicioso en el que los demás son vistos como intrusivos y el paciente se aísla para autoprotgerse.

La idea de que pacientes y terapeutas representan los círculos viciosos propios de las otras relaciones del paciente, ha llegado a ser un tema central en las aproximaciones terapéuticas orientadas interpersonal o relacionalmente. Este tema, típicamente discutido bajo el nombre general de la dinámica de la transferencia/contratransferencia, es entendido en términos distintos por las diferentes tradiciones teóricas. Algunos teóricos (e.j. Cashdan, 1988; Ogden, 1986; Racker, 1968; Tansey & Burke, 1989) recurren al concepto de “identificación proyectiva” para explicar el

mecanismo a través del cual estos círculos viciosos llegan a actuarse. Otros hacen la hipótesis que éstos resultan de profecías autocumplidas en las que las expectativas disfuncionales del paciente y las estrategias de afrontamiento desadaptadas, les lleva a actuar de una manera que irónicamente confirma sus creencias (e.j. Carson, 1969; Kiesler, 1986; Safran, 1990a; Strupp y Binder, 1984; Wachtel, 1977).

Sin reparar en la perspectiva teórica de cada uno en este asunto, en cualquier caso, la implicación es que la dinámica interaccional que impide el desarrollo de una buena alianza terapéutica, puede dar información sobre lo que Luborsky (1984) califica como el centro de la relación conflictiva en la vida diaria del paciente, y que la exploración de la manera en que terapeuta y paciente contribuyen a la ruptura de la alianza puede dar al terapeuta una información importante que de otra manera no estaría disponible. Otra implicación es que resolviendo la ruptura en la alianza, sin participar en un ciclo disfuncional habitual, el terapeuta puede dar al paciente una nueva experiencia emocional correctora.

LA EXPERIENCIA EMOCIONAL CORRECTORA.

El concepto de experiencia emocional correctora, popularizada por Alexander y French (1946), puede remontarse al trabajo de Ferenczi en las primeras etapas del pensamiento psicoanalítico (tema que retomaremos más tarde). Especular sobre los factores que condujeron al descrédito de este concepto en el pensamiento psicoanalítico durante algunos años y los factores responsables del resurgir de su interés, están más allá del propósito de este artículo (Ver Haynal, 1988 para una interesante discusión sobre este tema). De todas maneras, la tendencia en esta dirección es claramente evidente (Bollas, 1989; Kohut, 1984; Mitchell, 1988; Safran, 1990b; Strupp y Binder 1984). Es importante hacer notar la gran cantidad de evidencia empírica consistente con la hipótesis de que la habilidad del terapeuta para cambiar las creencias disfuncionales del paciente sobre las relaciones interpersonales a través de la relación terapéutica es un mecanismo de cambio importante (Weiss et al, 1987).

Kohut (1984) ha sido particularmente influyente en la sensibilización de los clínicos hacia el significado terapéutico de la resolución de las rupturas en la alianza, o lo que él llamaba fracasos empáticos, haciendo también un intento importante de articular los mecanismos a través de los cuales, resolviendo las rupturas, se puede conseguir el cambio. Según Kohut (1984), los impasses terapéuticos reflejan fallos empáticos por parte del terapeuta, y el proceso de trabajar a través de estos fallos empáticos otorga una experiencia emocional correctora al paciente. Estos procesos suceden a través de lo que él llama una internalización transmutadora.

Esto, según él, consiste en la creación de nuevas estructuras internas a través de (usando su terminología): 1) el abandono de la catexis narcisista de las imágenes objetales del self y 2) un proceso subsiguiente de internalización en el que el paciente se hace cargo de algunas de las funciones objetales del self que el terapeuta

había estado asumiendo, como la regulación y el mantenimiento de la cohesividad del self y su autoestima. Este modelo, atractivo en un nivel, presenta problemas cuando se trata de operacionalizar ciertos constructos centrales. Para citar a Eagle (1984):

“Generalmente, el concepto de internalización en la literatura psicoanalítica es confuso y confunde y el de Kohut no es una excepción. Cuando se intenta entender lo que Kohut quiere decir especialmente con internalización transmutadora, se lee, por ejemplo que esto implica la creación de estructuras psíquicas internas a través del abandono de la catexis de las imágenes objetales. Pero: ¿Qué son estructuras psíquicas? y ¿qué significa abandonar la catexis de las imágenes objetales?. Las explicaciones a la “internalización transmutadora” son tan vagas como el concepto en sí mismo a no ser que cada respuesta a estas preguntas sea realmente clara y posea un contenido y referencia empírica. Desafortunadamente, creo que tengo que concluir que en este momento el concepto clave empleado por Kohut para describir y explicar el cambio terapéutico, tiene en el mejor de los casos un significado aproximado o quizás aparente.” (p.70).

A continuación, intentaré aclarar algo del significado contenido dentro de este concepto. Mi propósito es desenredar alguna de las ideas y asunciones que están implícitas y explícitas en la formulación de Kohut y algunas ideas relacionadas que no lo están. Comenzaré explorando el significado potencial que puede tener la reconciliación de las rupturas de la alianza en el proceso de crecimiento en términos filosóficos, y luego en una sección posterior del artículo seguiré operacionalizando alguno de los mecanismos que pueden estar implicados.

SOLO CON LOS OTROS

En la vida todos nosotros debemos inevitablemente superar la paradoja de que, por la naturaleza de nuestra existencia, estamos solos y, más aún, inevitablemente en el mundo con otros. Básicamente estamos solos. En las estrictas palabras del filósofo budista del siglo octavo, Shantideva: “Al nacer nací solo y al morir también debo morir solo” (Batchelor, 1979, p.98). Aunque somos capaces de compartir muchas cosas con otras personas, muchas de nuestras más importantes experiencias nunca las compartiremos. Al mismo tiempo, estamos inevitablemente unidos a otros por la naturaleza de nuestra existencia. Hemos nacido en relación con otros (surgimos del seno de nuestra madre) y logramos un sentido del Self sólo en relación a OTROS. Teóricos tan diversos como Mead (1934), Lacan (1964) y Kohut (1984), han usado la metáfora del espejo para expresar el papel que los otros juegan en el desarrollo y el mantenimiento del sentido del Self. Como demuestran los actuales desarrollos de la investigación, los seres humanos están biológicamente programados para buscar las relaciones con otras personas y para desarrollarse en el contexto de las relaciones con otras personas (Bowlby, 1969; Stern, 1985). Además, ya desde la más temprana edad, parecemos tener una notable capacidad para la intersubjetividad -para compartir y empatizar con las experiencias subjetivas de otros (Murphy y

Messer, 1979; Trevarthan y Hubley, 1978).

Aun a pesar de la naturaleza intrínsecamente interpersonal de la existencia humana, estamos finalmente atrapados por nuestra propia piel y quedamos separados de otros en virtud de nuestra existencia como organismos independientes. Independientemente de nuestros esfuerzos, no podemos lograr, de forma permanente, el tipo de unión con otros que nos permita escapar de nuestra soledad. Como seres humanos, pasamos nuestras vidas superando la paradoja de la simultaneidad de la soledad y la compañía.

Balint (1935) se refirió a lo que él llamaba el “defecto básico”, como la esencia de la condición humana. Según él, el defecto básico proviene del hecho de que el entorno falla en estar en perfecta armonía con nuestras necesidades. La primera experiencia de esta clase la tenemos típicamente con la madre, quien inevitablemente estará o bien ausente cuando la necesitemos o bien entrometiéndose cuando necesitemos que nos deje solos. Como resultado de este inevitable desajuste, uno tiene su primera experiencia de que el entorno es inexacto en algún sentido. Empezamos a tener una sensación de estar separados de nuestro entorno. Este defecto básico -la sensación de que hay algo fundamentalmente mal, de haber perdido un estado de gracia- es un tema universal de la mitología, y el intento de conciliar este defecto básico es un interés clave en todas las tradiciones espirituales.

En la tradición judeo-cristiana, este sentimiento de haber perdido un estado de gracia está reflejado en el mito de la expulsión del jardín del Edén. La cultura judía está impregnada de una sensación de vivir en el exilio como principio tanto histórico como cósmico. Las tradiciones cristianas y judías tienen interés en remediar nuestra sensación de separación, a través de alcanzar una unión con lo divino y con otros seres humanos. Esto es particularmente cierto para la tradición Cabalística y Yasídica en el Judaísmo y para las tradiciones Gnósticas en el Cristianismo. La tradición hindú ve el dilema de la experiencia de la separación humana como resultado del fracaso en reconocer que todos somos parte de una esencia universal, Brahma, y el reconocimiento y la experiencia de nuestro ser fundamental como parte de esta esencia universal, como la solución. El budismo examina el dilema humano básico como originado por una concepción equivocada del Self, como teniendo una naturaleza permanente y sustancial y el reconocimiento de la no-dualidad entre el Self y los Otros como la solución. El dolor y el anhelo de la separación y el éxtasis de la unión gnóstica, son expresadas exquisitamente en los poemas del místico Sufi del siglo tercero, Rumi:

Ardiendo con el fuego anhelado
deseando dormir con mi cabeza en tu umbral
mi vida se compone sólo de este intento
de estar en tu presencia.
(Moyné & Barks, 1986, p.64)

Él está en cada uno de mis átomos,
en cada uno de mis nervios desnudos
Soy un arpa aprendiendo contra él.
Esta pena es sólo un juego de sus dedos
(Harvey, 1988, p.68)

Varios teóricos de la Psicología han escrito, en distintos términos, sobre el intento de escapar de nuestro aislamiento a través de la unión con otros y de las diferentes formas en las que este tema es llevado a cabo en la vida diaria y “en el ámbito” de la psicoterapia (p.e. Mahler, 1974; Rank, 1929; Spitz, 1965; Stone, 1961). Es interesante mencionar que, desde los primeros tiempos de la teoría psicoanalítica, hubo dos líneas paralelas de pensamiento respecto a la naturaleza fundamental de la motivación humana. Al mismo tiempo que Freud estaba articulando su Metapsicología pulsional, en la que sostiene que el principio motivacional fundamental consiste en mantener la energía libidinal en un nivel constante, Ferenczi, (1931), enfatizaba la importancia de lo que Balint, (1935), discípulo suyo, vino a llamar más tarde “amor primario”, p.e., el deseo de “ser amado siempre, en todas partes, de todas formas, todo mi cuerpo, todo mi ser” (Balint, 1935:50)

Pensaba que la neurosis se desarrollaba como resultado de la división de una parte del Self para mantener una relación con los padres, y que la terapia puede proporcionar lo que Balint (1935) más tarde calificó de “nuevo comienzo”, en el cual el paciente aprende a relacionarse con el terapeuta sin este tipo de división-separación. De acuerdo con él, se puede utilizar la situación terapéutica para permitir que el paciente se abandone a la fase de “objeto-amado pasivo”, p.e., la fase en la que, como el niño, sus necesidades son perfectamente atendidas por el otro. Cuando el paciente inevitablemente experimenta la realidad de la situación terapéutica y los límites de la responsividad del analista están claros, le sigue un trauma que re-construye el trauma que inicialmente tuvo lugar cuando el niño se desengañó de su propia omnipotencia, durante la infancia.

Rank (1929), estimulado en parte por su colaboración con Ferenczi, vino a enfatizar que el Trauma de nacimiento era la esencia del significado etiológico fundamental de todas las neurosis. Así, de acuerdo con él, el trauma principal implica la separación inicial de la relación biológicamente simbiótica con la madre y toda la vida puede ser entendida como un intento de recobrar este estado simbiótico. De acuerdo con Rank (1945), el problema central para la mayoría de las personas que buscan tratamiento es una inhibición en la capacidad de desear. El deseo provoca ansiedad y culpa para muchos pacientes, porque implica asertividad, la cual a su vez siempre implica una separación del otro. De acuerdo con Rank, evolutivamente una de las primeras expresiones de deseo es en forma negativa. El niño comienza a diferenciar su Self del de sus padres diciendo “no”. Si los padres son capaces de tolerar y dar por válidos estas conductas asertivas, esto facilita el

desarrollo de un deseo saludable y creativo y una sensación de entidad en el niño. Sin embargo, si los padres se sienten amenazados por esta expresión del deseo y le imponen sumisión, el deseo del niño se llega a paralizar y nunca desarrolla la habilidad de desear de un modo saludable y creativo.

DESENGAÑO Y MADURACION.

Cuando el bebé es un recién nacido, depende completamente de la madre y ella a cambio, está predispuesta a estar físicamente y psíquicamente en armonía con el niño. Winnicott (1965), se refirió a esto como un estado de preocupación maternal primaria. A causa de esta preocupación, el niño, en cierto modo, empieza con una total demanda de su madre. Teóricos tales como Winnicott y Kohut creen que una fase en la cual la madre se permite ser un objeto de las necesidades del niño, juega un papel importante en ayudar al niño a adquirir un sentido fundamental de creatividad. Como Winnicott sugiere, ella participa en la creación de una ilusión con el niño. A través de este tipo de actividad juguetona, la madre y el niño crean entre los dos la ilusión de que el niño puede, en cierto sentido, crear su propio mundo y esto sirve para ayudarle a desarrollar un sentido fundamental de entidad, espontaneidad y creatividad.

Poco a poco, sin embargo, a medida que la madre sale de su estado primario de preocupación materna, y llega a estar más en armonía con sus propias necesidades y menos responsiva hacia las necesidades del niño, éste empieza a desengañarse. Si los cuidados maternos tienen lugar de un modo óptimo (a lo que Winnicott se refirió como *maternidad suficientemente-buena* y Kohut como *frustración óptima*) este proceso de desengaño se encuentra siempre dentro del rango de la tolerancia del niño y, así, no se experimenta como traumática. En un proceso de desarrollo saludable, el individuo viene a aceptar, hasta cierto punto, la existencia de la independencia del otro. Uno llega a aceptar el status del otro como sujeto más bien que como objeto de sus necesidades, sin tener que suprimir su propia creatividad y necesidades corporales para mantener el contacto con el otro. Sin embargo, si el grado de desengaño es traumático, entonces el niño experimenta un impacto en su propio desarrollo y se le exige adaptarse a las necesidades de la madre, más que aprender gradualmente a desarrollar un sentimiento del Self, que sintetiza sus propias necesidades corporales.

Mientras que en algunos casos este proceso de desengaño -de llegar a un acuerdo con la existencia separada del otro- es menos traumático que en otros, esto nunca tiene lugar de forma completamente tranquila. Así, en cierto modo, los individuos pasan sus vidas luchando con esta cuestión de la soledad vs. la unidad -manteniendo un sentido del Self como esencial, vivo y real; y al mismo tiempo manteniendo un sentido de los otros como sujetos reales e independientes.

En distinta medida, las personas continúan relacionándose con los otros como objetos -como personajes de sus propios dramas más bien que como sujetos

independientes. Las personas intentan controlar y poseer a los demás, tratando de estrujarlos en formas que son apropiadas a sus fantasías y necesidades. En palabras de Martin Buber, la gente se relaciona con los demás como “sus” más que como “tus”.

El problema aquí es doble. Primero, el mundo y las personas, se oponen tenazmente a adaptarse a las formas que intentamos asignarles. Hay, así, una constante experiencia de frustración. Segundo, en la medida en que tratamos a la gente como objetos y fallamos en reconocer su status como sujetos, les privamos de la existencia independiente necesaria para que sean capaces de proporcionar alivio a nuestra experiencia de aislamiento, (la dialéctica amo-siervo de Hegel). Así se da una suprema ironía aquí, en la que en la medida en que tenemos éxito en nuestra meta de poseer o controlar a los demás (o por lo menos nos engañamos nosotros mismos creyendo que lo hacemos) aumentamos nuestro sentimiento de soledad.

Además de intentar manipular a los otros en un intento de encontrar sus propias necesidades, las personas se automanipulan en un intento de ser de alguna manera lo que les ayudará a mantener relaciones a través del encuentro de las necesidades de los otros. Por más que tratemos de someternos a nosotros mismos de una forma particular, sin embargo, finalmente queda lo que realmente somos, y cualquiera puede verlo. Esto, por supuesto, fue uno de los brillantes insights que Wilhelm Reich tuvo cuando señaló el hecho de que las propias defensas son una parte integral del carácter y que se manifiestan en cada molécula del ser. La fotógrafa Diane Arbus (1972) dijo una vez que sus retratos fueron diseñados para captar la discrepancia entre intención y efecto, p.e. la forma paradójica en la que, para cualquiera que lo vea, estamos ahí con todos nuestros defectos, incluidos nuestros intentos de esconderlos, a pesar de nuestras ilusiones sobre nosotros mismos.

La naturaleza patológica de este tipo de automanipulación ha sido siempre un tema central en las psicoterapias humanistas (p.e. Perls, Hefferline y Goodman, Rogers, 1951). De alguna manera ha sido reconocida en las formulaciones psicoanalíticas clásicas, las cuales enfatizaban el papel de la represión sexual en psicopatología y veían la relajación de la severidad del superyo como una parte importante del proceso curativo. Y, como sucede siempre, una rama de la teoría psicoanalítica corre paralela a la corriente principal, que enfatiza la importancia del deseo de unirse en la experiencia humana, y de la experiencia emocional correctora en la terapia, siempre ha habido una rama que enfatiza la importancia de liberar el Self (basado organísticamente) de las cadenas de la sobreconformidad (Ferenczi, 1931; Rank, 1945; Reich, 1942). Sin embargo, cada vez más, con el desarrollo de teorías psicoanalíticas más relacionamente orientadas (p.e. Balint, 1935; Guntrip, 1969; Horney, 1945, Sullivan, 1953; Winnicott, 1965), la noción del abandono del Self a la sociedad a través de la sobreconformidad, ha llegado a ser un tema destacado.

Winnicott (1965) mostró un interés particular hacia los problemas causados

por la paralización espontánea del Self, organísticamente basado, a través de la sobreconformidad. Esto aparece con elegante sencillez en su distinción entre el verdadero Self y el falso Self. De acuerdo con él, la madre, aportando lo que calificó de “entorno contenedor apropiado”, ayuda al niño a desarrollar un sentido de sí mismo como real. Reconociendo los gestos espontáneos del niño, le ayuda a comenzar a sintetizar su experiencia espontánea como una parte del Self, y ésta es la base fundamental de la experiencia de ser real.

SEPARACION/INDIVIDUACION Y LA REPRESENTACION DE LAS INTERACCIONES SELF-OTRO.

De acuerdo con Mahler (1974) el proceso de separación/individuación es la tarea evolutiva de mayor importancia a la que se enfrenta el individuo. Teoriza que el niño tiene un deseo de unirse simbióticamente a la madre y una tendencia natural a individualizarse. La curiosidad natural del niño hacia el mundo le lleva a explorarlo, facilitando por lo tanto la individuación. Se requiere la presencia de la madre y su disponibilidad emocional para facilitar esta exploración y movimiento en el mundo. Mahler (1974) se refiere a esto como “anclaje seguro”. En un proceso de desarrollo saludable, la madre proporciona el balance óptimo entre disponibilidad emocional y el estímulo de la autonomía. De acuerdo con la autora, el desarrollo de la constancia emocional del objeto, p.e. la habilidad de mantener una representación simbólica de la madre en su ausencia, juega un papel crucial en consolidación del proceso de individuación y permitir al niño emplear una conducta exploratoria sin su presencia física real.

Bowlby (1969) también enfatiza el papel tan importante que la disposición emocional de la madre juega en proporcionar al bebé lo que él llama una base segura desde la cual explorar. Sin embargo, él entiende el significado de la unión madre-hijo en términos etológicos. Desde esta perspectiva, la conducta de apego, p.e., mantener la proximidad a la figura de apego, es un sistema conductual biológicamente activado que juega un papel adaptativo en la supervivencia de las especies. El concepto de Bowlby (1969) de modelo de trabajo, proporciona una manera particularmente útil de entender la manera en la que la representación cognitivo-afectiva del niño con figuras de apego, media el desarrollo y posterior interacción con los otros.

Según él, la representación interna del niño de las interacciones con figuras de apego, juega un papel importante en el mantenimiento de la proximidad, dejándole predecir las contingencias de las interacciones Self-Otros. Por ejemplo, el niño que aprende que la expresión de los sentimientos de tristeza o enfado, tendrá como consecuencia su abandono, puede ocultar tales sentimientos para mantener la relación. Como he sostenido en otra parte, el modelo de trabajo puede ser concebido como un tipo de esquema interpersonal que funciona como un programa para mantener relaciones interpersonales (Safran, 1990a, Safran y Segal 1990). Este

concepto es similar en ciertos aspectos a otros modelos de internalización, p.e. Fairbairn, 1952; Ogden, 1986; Sandler y Sandler, 1978). Una distinción crítica, sin embargo, es que claramente especifica la forma en que los acontecimientos interpersonales se representan internamente en términos coherentes con la teoría de la memoria contemporánea (ver Stern, 1985; Safran, 1990 para elaboraciones sobre este punto). Así, esto tiene la ventaja del tipo de claridad conceptual que se presta bien a la investigación empírica, p.e. Hill y Safran, 1993; Main, Kaplan y Cassidy, 1985) y que un número creciente de teóricos han ido adaptándolo y elaborándolo (Beebe, 1985; Nelson y Greundel, 1981; Safran, 1990; Stern, 1985).

DESCOORDINACION AFECTIVA Y REPARACION.

La investigación reciente en comunicación empática entre la interacción madre-niño ofrece algunas sugerencias interesantes relativas al papel que la armonía emocional y su ausencia pueden desempeñar en el desarrollo de esquemas interpersonales disfuncionales y adaptativos. Tal y como indican la teoría y la investigación en las áreas de la emoción y el desarrollo infantil, las experiencias emocionales juegan un papel central en proporcionar al individuo información sobre su disposición a la acción (Greenberg y Safran, 1977; Lang, 1982; Leventhal, 1984). De esta forma, la medida en que una persona interioriza y exterioriza información afectiva de distintos tipos, determina la medida en que finalmente se desarrolla en esta persona un sentido de sí misma, que se basa en su experiencia enraizada biológica y organísmicamente (Safran y Greenberg, 1991, Safran y Segal, 1990). De esta manera como Stern (1985) indica, el proceso de armonización afectiva juega un papel central en ayudar al niño a articular su experiencia emocional. A través de este proceso, el niño desarrolla un sentido de sí mismo que se basa en su propia experiencia, percibida corporalmente y que es comunicable al otro.

Una serie de estudios han demostrado que existen unas diferencias consistentes, entre la forma en que las diadas madre-niño sanas y disfuncionales afrontan los momentos de armonía y desarmonía afectiva (Tronick, 1989). En las diadas, tanto las sanas como las disfuncionales, se produce una oscilación continua entre períodos en los que la madre e hijo están armonizados o coordinados afectivamente y períodos en los que no lo están. En las diadas madre-niño sanas, a los momentos de falta de coordinación afectiva les sigue una reparación de la interacción. Por ejemplo, un niño empieza a experimentar tristeza o alegría y la madre no armoniza con esta emoción como respuesta. Esta falta de armonía el niño la experimenta como una emoción secundaria (por ejemplo, enojo). La madre entonces armoniza con la emoción secundaria y la diada vuelve a estar coordinada afectivamente.

En cambio las diadas madre-niño disfuncionales, la madre no sólo no armoniza con la emoción primaria sino que no lo hace con la secundaria. Tronick (1989), utilizando el modelo de interiorización de Bowlby, sugiere que en las diadas madre-

niño sanas la oscilación continua entre los períodos de falta de coordinación y de reparación en última instancia resultan ser útiles al ayudar al niño a desarrollar un esquema interpersonal adaptativo, en el que se representa la otra parte, como potencialmente disponible y el yo como capaz de negociar, incluso ante una ruptura interaccional.

En cambio, el niño en la diada disfuncional nunca desarrolla este tipo de representación y como resultado es probable que renuncie a la posibilidad de establecer un contacto emocional verdadero. El niño no desarrolla fe en su capacidad para mantener un contacto auténtico frente a algún tipo de relación interpersonal, desarrollará estrategias de manipulación propia o de la otra parte para mantener algún tipo de contacto interpersonal. Como Ferenczi (1931) y Winnicott (1965) han propuesto, el individuo se relaciona con otros por medio de un falso yo, para ganar tiempo, hasta que surge la situación en la que existe la posibilidad de un auténtico y verdadero contacto interpersonal.

Debido a la privación emocional que el individuo ha experimentado y a la experiencia continua de no poder establecer un contacto real, busca soluciones desesperadamente con el fin de mantener o establecer una apariencia de contacto o para evitar la posibilidad de otros rechazos. Sin embargo, la propia solución que el individuo intenta aplicar es lo que en última instancia imposibilita una relación real (Safran y Segal, 1993; Wachtel, 1977).

El individuo que por ejemplo, a causa de una desarmonía constante cuando era niño, tiene dificultad para experimentar y expresar completamente la tristeza, seguirá experimentando la falta de armonía ante este sentimiento por parte de los demás. Esto creará una barrera frente a las relaciones por lo que quizás se sienta privado y enfadado. Otras personas a su vez quizás se sientan enajenadas por este enfado y sean incapaces de empatizar con él. La situación puede complicarse aún más si el individuo, por miedo a enajenar a los demás, expresa sentimientos de enfado de una manera indirecta o de forma pasivo-agresiva. Esto puede crear otra barrera, que puede dificultar el establecimiento de relaciones valiosas en la vida diaria, y establecer y mantener una alianza en la terapia. En el tratamiento, la capacidad que el terapeuta demuestra para armonizar con cualquier sentimiento secundario de enfado o disgusto que exista, será un prerrequisito importante para que emerjan los sentimientos primarios que son objeto de supresión y desarmonía (Safran y Segal, 1990). Esto por supuesto es sólo un ejemplo de la infinita variedad de formas en que un esquema disfuncional de un paciente, puede influir en el desarrollo de una alianza terapéutica y ser influido por la misma.

RESOLUCION DE LA RUPTURA Y CAMBIO DE ESQUEMA.

De la misma forma en que se ha propuesto la hipótesis de que el proceso de oscilación entre estados de falta de coordinación afectiva y de reparación, juega un papel importante en la ayuda al niño a desarrollar un esquema interpersonal

adaptativo, el análisis de las rupturas de la alianza puede suponerlo para el paciente en la psicoterapia. Esto puede proporcionar una experiencia de aprendizaje a través de la cual, el paciente desarrolla un esquema interpersonal que representa al otro como potencialmente disponible, y al self como capaz de negociar la relación incluso en el contexto de rupturas que se dan en dicha interacción (Safran, 1990b; Safran y Segal, 1990).

¿Qué significa para el paciente (como diría Kohut) el cambiar la estructura del propio self al internalizar al terapeuta y tomar posesión de algunas de las funciones del self objetal del terapeuta?. Otra vez Eagle (1984), sugiere, que hay una tendencia en la teoría psicológica del self, a reificar los constructos como el self y escribir sobre conceptos como “ausencia de cohesividad del self”, “self fragmentado”, “defectos del self” como si se estuviesen refiriendo a grietas reales en una entidad sustancial estructural. Desde una perspectiva interpersonal, el self está siempre definido en interacción con los demás, tanto si el otro es una persona particular o un otro generalizado (para utilizar el concepto de Mead). Creo que Kohut al reconocer la importancia de los objetos del self a lo largo de toda la vida del sujeto, está implícitamente suscribiendo un tipo de perspectiva interpersonal. Desde este punto de vista, como Bacal y Newman (1990) señalan, la aproximación psicológica del self podría ser descrita de una manera más exacta denominándola como psicología del self y de los objetos del self.

Como he sugerido en otra parte (Safran, 1990a; Safran y Segal, 1990), en la teoría interpersonal de Sullivan (1953) está implícita la noción de que la autoestima de una persona en cualquier período de su vida, es una función del sentido subjetivo de su potencial para las relaciones. En la medida en que uno puede tener una expectativa generalizada respecto a la posibilidad de alcanzar una relación interpersonal, la autoestima personal dependerá menos de cualquier persona en particular. De este modo uno puede tener menos necesidades de un objeto del self para regular su autoestima.

Y en la medida en que uno no crea que la capacidad de relacionarse deba entenderse en forma rígida, será más capaz de integrar una amplia gama de experiencias internas diferentes (como por ejemplo angustia, tristeza, pérdida) sin experimentar una amenaza para su sentido subjetivo de cohesividad del self. En otras palabras, tendrá menos posibilidades de experimentar diferentes emociones y disposiciones asociadas para la acción, como alienantes y amenazantes para el self. Tal persona será menos dependiente de las evaluaciones que reflejan los otros, con vistas a mantener una experiencia subjetiva del self como cohesivo, y de hecho tendrá menos necesidad de agarrarse a un concepto fijo del self. Como Sullivan (1953) reconocía, la autoestima, en último extremo, sirve como una función defensiva para protegerse uno mismo de la ansiedad resultante de la desintegración anticipada de las situaciones interpersonales.

LAS RUPTURAS EN LA ALIANZA COMO AMBITO PARA LA NEGOCIACION DE LA RELACION.

Las rupturas en las alianzas terapéuticas son brechas en la relación, a las que Buber (1973) se refirió como “encuentros fallidos”; por ejemplo: las grietas que impiden que se produzca un verdadero encuentro. De este modo, las rupturas en la alianza, proporcionan una oportunidad para explorar las barreras a la relación que puede encontrar el paciente en cualquier día de su vida. También proporcionan oportunidades muy valiosas para trabajar en su separación o conexión.

Las roturas en la alianza terapéutica son inevitables. Primero, como Kohut (1984) ha mostrado, es inevitable que el terapeuta a veces falle en su empatía hacia el paciente.

Como hemos visto, esta situación se ve exacerbada cuando el paciente no se hace cargo de aspectos importantes de su experiencia interior o tiene una presión interpersonal muy fuerte, que pone al otro en círculos viciosos muy perniciosos desde el punto de vista de la relación. Segundo, el terapeuta inevitablemente dejará cumplir cualquier fantasía que el paciente tenga, sobre la eliminación del sentido fundamental de separación e incompletud con el que todos vivimos. Una ruptura en la alianza pone de manifiesto la realidad de la separación del paciente. Si el terapeuta es capaz de empatizar con el malestar del paciente lo suficientemente bien, con el fin de establecer un sentido mutuo de relación en el contexto de esta separación, tendrá lugar un proceso importante de aprendizaje.

Mientras que en algunos casos los paciente tomarán conciencia directamente de su angustia e insatisfacción cuando se ha producido una ruptura en la alianza terapéutica, en muchos casos habrá bastante dificultad en hacer esto o se hará de manera indirecta (Safran et al 1990). Como Rank (1945) sugirió hace mucho tiempo, la hostilidad, y los sentimientos asertivos son probablemente los más difíciles de aprender a expresar porque llevan inherentemente a provocar la separación. Y aún así, es la expresión de estos sentimientos los que permiten al individuo el desarrollo de un sentimiento de participación. El proceso de expresar su insatisfacción con el terapeuta cuando se ha producido una ruptura en la alianza terapéutica, juega así un papel muy importante a la hora de ayudar a los pacientes a desarrollar un sentimiento de que ellos mismos son los responsables y los participantes activos que pueden influenciar sus propios destinos.

Aprender a desear, y aprender a expresar el deseo de uno mismo, es de cualquier forma, sólo la mitad de la batalla. La otra mitad consiste en aprender a aceptar que el mundo y la gente existen en él independientemente de los deseos que tengamos; que los sucesos en el mundo suceden de acuerdo con sus propios planes, y que los otros tienen deseos por sí mismos. Como Winnicot (1965), señaló, una parte muy importante del proceso de maduración consiste en ver que el otro no es destruido por nuestra hostilidad (o, y a mi me gustaría añadir, controlado por la expresión del deseo de uno mismo), puesto que esto supone aceptar al otro como

real, con una existencia independiente como sujeto, más que como un objeto. Mientras que este tipo de aprendizaje es una parte importante y difícil del proceso de desilusión, finalmente ayuda a establecer que el otro es capaz de confirmarse a sí mismo como real. En este sentido, la matriz sobre la que se desarrollan las relaciones son de tal forma en que se pueda realizar una confirmación recíproca a través de la relación.

El proceso de conseguir aceptar a ambos, al self y al otro, son mutuamente dependientes y pueden verse facilitados por el trabajo en las rupturas que se producen en la alianza terapéutica. El terapeuta, al empatizar con la experiencia del paciente y su forma de reaccionar a la ruptura en la alianza, demuestra que estos sentimientos potencialmente generadores de ruptura (como por ejemplo, hostilidad, enfado) son aceptables, y que la relación no es contingente con no reconocer partes de uno mismo. Así demuestra que la relación es posible a pesar de confrontarse con la separación.

Al mismo tiempo, no obstante, el proceso de translaboración de la ruptura de la alianza no resta importancia a la contribución inicial que el terapeuta pudo hacer, ni significa que no pueda contribuir a problemas en la relación en el futuro. Si el terapeuta es, de cualquiera de las maneras, y por tomar prestado la descripción de Winnicott, suficientemente bueno, el paciente gradualmente terminará por aceptarle con todas sus imperfecciones. La exploración y translaboración de la ruptura de la alianza terapéutica incluye de manera paradójica una exploración y afirmación de ambas instancias, la separación y la potencial cercanía entre el self y el otro.

A medida que el paciente comienza a aceptar de manera progresiva su capacidad para separarse y su separación del terapeuta, tendrá una menor necesidad desesperada de mantener algo que se parezca a una relación a toda costa. Esto, por el contrario, le permite tener momentos de relación más auténticos en los cuales se relaciona con el terapeuta de una forma más espontánea y se aproxima a aceptar que el terapeuta es como es, más que aceptarle como un personaje de su propio drama. Esto ayuda a desarrollar una apreciación a la que se refieren en la tradición Zen como “mismidad”, por ej: una aceptación y apreciación de las cosas tal y como éstas son. Esto no significa una aceptación pasiva de todo lo que se produzca, sino más bien un intentar evitar los intentos que uno hace de manipular el self y a los otros en la búsqueda de la perfección.

A medida que la aceptación del paciente de su propia soledad fundamental se va incrementando, aumenta también su confianza en que son posibles momentos de contacto y encuentro con los demás. Así es como el paciente empieza a ser menos implacable en la búsqueda de la relación y esto le permite el ser receptivo a momentos auténticos en los que la relación emerge. Por citar a Buber (1958): “El otro me encontró con delicadeza; no le encontré por buscarle. Pero cuando le hablé y le dije a él la primera palabra, fue un acto de mi propio ser, es de hecho el acto de mi propio ser” (Pag. 11).

CONCLUSION

Como hemos podido ver, la conceptualización de la psicoterapia como un volver a empezar y el reconocimiento de que este nuevo comienzo con frecuencia se inicia con un tipo de ruptura en la relación paciente-terapeuta tiene una larga historia en la teoría de la psicoterapia. Sin embargo, creo que el desplazamiento del *zeitgeist* terapéutico en una dirección más orientada interpersonal y relacionalmente nos proporciona un marco en el que se están produciendo cambios significativos tanto técnicos como teóricos.

El enfoque que Kohut (1984) da a la importancia del trabajo a través de los fracasos de empatía en la terapia, es como hemos visto, similar en aspectos importantes a las ideas originales de Ferenczi (1931), relativas a la importancia de trabajar a través de la respuesta traumática del paciente ante su desilusión con el terapeuta. Sin embargo, la perspectiva de la psicológica del self parece hacer más hincapié en la comprensión y la empatía con la experiencia por parte del paciente de los fracasos empáticos del terapeuta a medida que éstos ocurren. El énfasis que pone sobre la importancia de detectar continuamente las rupturas en las relaciones y sobre la evaluación de las contribuciones de ambas partes a dichas rupturas se demuestra particularmente en los escritos de Stolorow (1988). En este sentido desde una perspectiva técnica, parece que el foco terapéutico se está alejando de la exploración y el trabajo a través de los sucesos traumáticos con el terapeuta, lo cual se considera una reactivación de un trauma histórico, hacia una exploración continua de lo que frecuentemente son oscilaciones sutiles en la calidad de las relaciones paciente-terapeuta junto con el esclarecimiento de los factores que lo dificultan (ej. Safran y Segal, 1990).

En un nivel teórico, se ha producido una tendencia en la que los psicoanalistas que hacen hincapié en la experiencia emocional correctiva, suelen usar la metáfora del “niño” para comprender al paciente en la terapia. Eagle (1984), se refiere a esto como infantilización metapsicológica y Mitchel (1988) como “tendencia evolutiva”. La asunción es que el análisis inicia un proceso regresivo, a través del cual los deseos infantiles existen pero estando ocultos se reactivan y que la relación terapéutica facilita la reanudación de un proceso evolutivo interrumpido. Uno de los problemas de este tipo de metáfora, es que se suele suponer que estos deseos existen sólo en los pacientes (y no en los terapeutas) o en determinados tipos de pacientes. Como he dicho sin embargo, el deseo de una unión con otras personas y las dificultades implicadas en aceptar nuestra separación y negociar la relación, son apartados en los que todos nosotros tenemos dificultades a lo largo de nuestra vida. Para la mayoría de nosotros los verdaderos momentos de relación tu-yo, en las que dejamos al otro revelarse con nosotros como realmente es en ese momento, y estos momentos ocurren con muy poca frecuencia y con distancia entre ellos.

Segundo, como Eagle (1984) nos muestra, la superposición que se produce en el proceso de desarrollo asume que un adulto puede pasar por el mismo tipo de

proceso de desarrollo que un niño. De este modo, no se tiene en cuenta que el paciente es un adulto con habilidades y capacidades de un adulto y que atravesará su propio y único tipo de proceso de maduración si las condiciones son propicias. De este modo este tipo de conceptualización da lugar a un tipo de infantilización, que falla al reconocer que la relación terapéutica es un encuentro entre dos adultos. Como Menaker (1989) propone aunque ciertas prácticas terapéuticas (por ejemplo: falta de autorevelación, el uso del diván) pueden establecer una interrelación de roles capaz de inducir de forma artificial la aparición de sentimientos y comportamientos infantiles, es un error considerar a estos, como sentimientos del pasado, los cuales son transferidos de forma inapropiada al terapeuta.

Hoffman (1991) ha sugerido recientemente que se está produciendo un cambio de paradigma en la teoría psicoanalítica, hacia lo que el llama una perspectiva social-constructivista. Esta perspectiva reconoce que la terapia, la construcción continua de realidad a través de la interacción paciente-terapeuta (a través de diálogo y acción), más bien que el descubrimiento de una verdad objetiva. Este cambio hacia una perspectiva constructivista es además coherente con las tendencias actuales en la terapia cognitiva (ejemplo: Guidano, 1991; Mahoney, 1991) y los enfoques experienciales (Gendlin, 1991).

Un número cada vez mayor de teóricos, consideran la terapia como un encuentro entre dos seres humanos que inevitablemente se ven atrapados en una rutina fija, no creativa, de relaciones interpersonales y que con buena voluntad y fortuna son capaces de lograr salir de esta rutina, para meterse en una nueva forma, más progresiva de relaciones (Cashdan, 1988; Leenson, 1983; Mitchell, 1988; Strupp y Binder, 1984). De acuerdo con esta visión de las cosas, sugiero que se ponga mayor énfasis en la utilización de las rupturas continuas e inevitables en la alianza terapéutica, como oportunidades para negociar aspectos fundamentales relacionados con la separación y el acercamiento de una manera activa y creativa durante la sesión. Estas rupturas inevitables en la alianza terapéutica (encuentros fallidos) representan una oportunidad ideal, para explorar y elaborar formas auténticas de conseguir un contacto humano, cuando nos vemos confrontados con la separación.

Las rupturas en la alianza terapéutica ofrecen la oportunidad de trabajar en la tarea de desarrollar la capacidad de sentirse a la vez separado y unido. Ofrecen la oportunidad de aprender que existe la posibilidad de relacionarse aunque el yo y el otro tiene sus necesidades y voluntades y existencias separadas e independientes, y que la auténtica relación solamente se produce con el encuentro de dos seres humanos independientes.

Como dijo Rilke (1986):

El que un ser humano quiera a otro es quizás la tarea más difícil que se nos ha encomendado, la última tarea, la prueba y demostración definitiva, el trabajo para el que cualquier otro trabajo simplemente sirve de preparación; por eso los jóvenes

que son principiantes en todo, aún no son capaces de amar; es algo que deben aprender con todo su ser, con todas sus fuerzas reunidas alrededor de sus solitarios, ansiosos e impetuosos corazones; deben aprender a amar, pero el tiempo de aprendizaje es siempre un largo período de soledad y por tanto amar, durante mucho tiempo y quizás buena parte de la vida, es soledad, un aislamiento elevado y profundo para la persona que ama. El amar no significa en primer lugar confundirse, someterse o unirse a otra persona (porque ¿qué sería una unión entre dos personas que son aún indefinidas, inacabadas e incoherentes?); sino, tal vez, un gran aliciente para que el individuo madure, que se convierta en algo para sí mismo, llegue a tener un mundo y a ser un mundo en sí mismo en relación a otra persona.

En este artículo sostengo que la clarificación de los procesos involucrados en el trabajo con las rupturas en la alianza terapéutica, es una tarea de vital importancia para los teóricos e investigadores en psicoterapia. Propongo que estos problemas inevitables en la alianza terapéutica, proporcionan oportunidades importantes para clarificar los factores que pueden crear verdaderas barreras en las relaciones cotidianas de los pacientes. Además, el trabajar sobre estos problemas puede proporcionar a los pacientes una experiencia en la importante tarea de conciliar las necesidades de relación y participación, para terminar aceptando ambas, el self y el otro.

La importancia central de estas tareas en el ser humano ha sido reconocida a lo largo de los años y en todas las culturas. El paradigma actual cambia la teoría y práctica psicoterapéutica hacia perspectivas más relacionales y constructivistas, estableciendo un ambiente particularmente apropiado para aumentar nuestro conocimiento de la relación terapeuta-paciente a través de una exploración diferenciada de estos aspectos.

Traducción: Carlos Mirapeix.

Nota Editorial:

Este artículo fue publicado en la Revista Psychotherapy (1993), Vol. 30, N°1, pp. 11-24, y ha sido traducido con permiso del autor.

Referencias bibliográficas:

- ALEXANDER, F. & FRENCH, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald.
- ARBUS, D. (1972). *Diane Arbus*. Millerton, New York: an Aperture Monograph.
- ARKOWITZ, H. & HANNAH, M.T. (1989). Cognitive, behavioral and psychodynamic therapies: Converging or diverging pathways to change?. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, and Arkowitz (Eds.) *Comprehensive handbook of Cognitive Therapy* (pp.143-167). New York:Plenum

- ARNKOFF, D.G. (1983). Common and specific factors in Cognitive Therapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and patient relationship*. Homewood, IL: Dorsey.
- BACAL, H.A. & NEWMAN, K.M. (1990). *Theories of object relations: Bridges to self psychology*. New York: Columbia University Press.
- BALINT, M. (1935). Pregenital organization of the libido. In *Primary love and the psychoanalytic techniques*. New York: Liveright, 1965.
- BATCHELOR, (1979). *A guide to the Bodhisattva's way of live*. English translation of Shantideva's Bodhisattvacharyavatara. New Delhi: Indraprastha Press.
- BEEBE, B. (1985). Mother-infant mutual influence and precursors of self and object representations. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories*, Vol. II Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- BERGIN, A.E. (1970). The deterioration effect: A reply to Braucht. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 300-302.
- BOLLAS, C (1989). *Forces of destiny: Psychoanalysis and human idiom*. London: Free Association Books.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1, *Attachment*. New York: Basic.
- BUBER, M. (1973). *Meetings*. La Salle, Illinois: Open Court Publishing. M. Friedman (Trans.)
- BUBER, M. (1958). *I and thou* (Second Edition). New York: Scribner. (R. Gregor Smith, Trans.).
- CARSON, R.C. (1969). *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- CASHDAN, S. (1988). *Object relations therapy*. New York: W.W. Norton.
- EAGLE, M.N. (1984). *Recent developments in psychoanalysis*. New York: McGraw-Hill.
- FAIRBAIRN, W.R.D. (1952). *Psychoanalysis studies of the personality*. London: Tavistock Publications & Routledge & Kegan Paul.
- FERENCZI, S. (1931). Child analysis in the analysis of adults. In *Final contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. (pp.126-42)
- FOREMAN, S.A. & MARMAR, C.R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 922-926
- GENDLIN, E.T. (1991). In J.D. Safran and L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guildford.
- GILL, M. (1982). *Analysis of transference* (Vol.I). New York: International Universities Press.
- GOLDFRIED, M.R. & DAVISON, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- GREENBERG, J.R. & MITCHELL, S.A.(1984). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guildford.
- GREENBERG, J.R. (1991). Countertransference and reality. *Psychoanalytic dialogues*, 1 (1), 52-73.
- GREENSON, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*, Vol.1. New York: International University Press.
- GUIDANO, V.F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J.D. Safran and L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp.50-78). New York: Guildford.
- GUNTRIP, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. New York: International Universities Press.
- HARVEY, A. (1988). *Love's fire: Re-creations of Rumi*. Ithaca, N.Y.: Meeramma.
- HAYNAL, A. (1988). *Controversies in psychoanalytic method*. New York: New York University Press.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), 768-774.
- HENRY, W. P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- HILL, C. & SAFRAN, J.D. (1993). *Assessing interpersonal schemas: Anticipated responses of significant others*. Manuscript submitted for publication.
- HOFFMAN, I.Z. (1991). Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Dialogues*, 1 (1), 74-105.
- HORNEY, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: W.W. Norton.
- HOROWITZ, M.J. & MARMAR, C. (1985). The therapeutic alliance with difficult patients. In A.J. Frances and R.E. Hales (Eds.), *Review of psychiatry*, Vol.4 (pp.573-585). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

- HORVATH, A.O. & GREENBERG, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- HORVATH, A.O. & SYMONDS, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- JACOBSON, N.S. (1989). The therapist-client relationship in cognitive behavior therapy: Implications for treating depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 85-96.
- KIESLER, D.J. (1986). Interpersonal methods of diagnosis and treatment. In J.D. Cavenar (Ed.), *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- KOUTH, H. (1984). In A. Goldberg and P. Stephansky (Eds.), *How does analysis cure?* Chicago University of Chicago Press.
- LACAN, J. (1964). *The four fundamental concepts of psychoanalysis*. New York: Norton, 1978. (J.A. Miller, Ed., A. Sheridan, Trans.)
- LAMBERT, M.J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- LAMBERT, M.J. (Ed.). (1983). *Psychotherapy and patient relationships*. Homewood, IL: Dorsey.
- LANG, P.J. (1983). Cognition in emotion: Concept and action. In C. Izard, J.Kagan and R. Zajonc (Eds.), *Emotion cognition and behavior*. New York: Cambridge University Press.
- LEVENSON, E. (1983). *The ambiguity of change*. New York: Basic.
- LEVENTHAL, H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual of supportive-expressive treatment*. New York: Basic.
- LUBORSKY, L., McLELLAN, A.T., WOODY, G.E., O'BRIAN, C.P. & AUERBACH, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., McLELLAN, A.T., WOODY, G., PIPER, W., LIBERMAN, B.S. & RILKONIS, P. (1986). Do therapists very much in their success. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (pp.501-512).
- MAHLER, M. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. In *The selected papers of Margaret S. Mahler* (Vol.2). New York: Jason Aronson.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic.
- MAIN, M., KAPLAN, N. & CASSIDY, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in child Development*, 209, Vol.50, nos.1-2. Chicago: University of Chicago Press.
- MARMAR, C.R., WEIS, D.S. & GASTON, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52.
- MEAD, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- MENAKER, E. (1989). *Appointment in Vienna*. New York: St. Martin's Press.
- MITCHELL, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MOYNE, J. & BARKS, C. (1986). *Unseen rain: Quatrains of Rumi*. Putney, VT: Threshold.
- MURPHY, C.M. & MESSER, D.J. (1977). Mothers, infants and pointing: A study of gesture. In H.R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction*. London: Academic.
- NELSON, K. & GERUNDEL, J.M. (1981). Generalized event representations: Basic building blocks of cognitive development. In M.E. Lamb and A.L. Brown (Eds.), *Advances in Developmental Psychology*, -vol.1. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- OGDEN, T.H. (1986). *The matrix of the mind*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- ORLANSKY, D.E. & HOWARD, R.I. (1986). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S.L. Gardfield and A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (3rd ed). New York: John Wiley.
- PERLS, F.S., HEFFERLIN, R. & GOODMAN, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Dell.
- RACKER, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- RANK, O. (1929). *The trauma of birth*. New York: Harper and Row.
- RANK (1945). *Will therapy and truth and reality*. New York: Knopf.
- REICH, W. (1949). *Character analysis*. New York: Noonday.

- REICH, W. (1942). *The function of the orgasm*. New York: Orgone Institute.
- RICKS, D.F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D.F. Ricks, M. Roff, and A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- RILKE (1903). *Letters to a young poet*. New York: Vintage Books, 1986. (S. Mitchell, Ed. and Trans.)
- ROGERS, C.R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- SAFRAN, J.D. (1993). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 33-49
- SAFRAN, J.D. (1984a). Assessing the cognitive interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 87, 333-348
- SAFRAN, J.D. (1984b). Some implications of Sullivan's interpersonal theory for cognitive therapy. In M.A. Reda and M.J. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice*. Cambridge, MA: Ballinger.
- SAFRAN, J.D. (1990a). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105.
- SAFRAN, J.D. (1990b). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10, 107-121.
- SAFRAN, J.D., CROKER, P., McMAIN, S. & MURRAY, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27 (2), 154-165.
- SAFRAN, J.D. & GREENBERG, L.S. (Eds.) (1991). *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guildford.
- SAFRAN, J.D., MURAN, C. & WALLNER, L. (1991b). Research on therapeutic alliance ruptures. Symposium presented at the Society of Psychotherapy Research Conference. Lyon, July.
- SAFRAN, J.D., MURAN, C. & WALLNER, L. (in press). Modelling the processes involved in the resolution of therapeutic alliance ruptures. In A.O. Horvath and L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: John Wiley.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, L.S. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic.
- SANDLER, J. & SANDLER, A.M. (1978). On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 285-296.
- SHAPIRO, D.A. (1985). Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychology Review*, 5 (1), 13-34.
- SMITH, M.J. & GLASS, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- SPITZ, R. (1965). *The first year of life*. New York: International Universities Press.
- STERBA, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126
- STERN, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic.
- STOLOROW, R. (1988). Intersubjectivity, psychoanalytic knowing and reality. *Contemporary Psychoanalysis*, 24, 331-338.
- STONE, L. (1961). *The psychoanalytic situation*. New York: International Universities Press.
- STRUPP, H.H. (1980). Success and failure in time limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.
- STRUPP, H.H. & BINDER, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time limited dynamic therapy*. New York: Basic.
- SUCH, C.S. O'MALLEY, S.S., STRUPP, H.H. & JOHNSON, M.E. (1989). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VOOS). *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 3 (2), 123-154.
- SULLIVAN, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- TANSEY, M.J. & BURKE, W.F. (1989). *Understanding countertransference*. Hillsdale, NJ: Analytic.
- TREVARTHAN, C. & HUBLEY, P. (1978). Secondary intersubjectivity. Confidence, confiders and acts of meaning in the first year. In A. Lock (Ed.), *Action, gesture and symbol*. New York: Academic.
- TRONICK, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy*. New York: Basic.
- WEISS, J., SAMPSON, H. & THE MOUNT ZION PSYCHOTHERAPY RESEARCH GROUP (1987). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guildford.
- WINNICOTT, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth.
- ZETZEL, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La REVISTA DE PSICOTERAPIA es una revista internacional escrita en castellano con la colaboración de algunas de las plumas de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia que lleva publicados ya veinte números monográficos desde su aparición en el año 1990 sobre temas como esquizofrenia, depresión, eficacia terapéutica, relación terapéutica, integración en psicoterapia, emociones y psicoterapia, grupos terapéuticos, entre otros.

Es una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría y la psicología. Una publicación de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Se compone de las siguientes secciones habituales: artículos, casos clínicos, experiencias terapéuticas, entrevistas e investigación.

CAMPAÑA DE PROMOCION AÑO 1995 OFERTAS PARA NUEVOS SUSCRIPTORES

Con la suscripción se consigue un 10% de descuento sobre el precio de venta al público que es de 1.500 ptas. para los números sencillos y de 2.000 ptas. para los dobles y se obtiene además la ventaja de recibir puntualmente la revista en casa sin costes adicionales de correos. Además a los nuevos suscriptores se les obsequia con uno de nuestros números publicados con anterioridad, según las siguientes

MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

A.- Suscripción para el año 1995 (números 21-24):

Oferta por **4500 ptas.** (IVA incluido) (que es el precio normal de suscripción) + Regalo de un número monográfico de la anterior Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, dedicado a los "Procedimientos de Intervención Psicoterapéutica".

B.- Suscripción por dos años 1994 y 1995 (números 17-24):

Oferta por **8700 ptas.** (IVA incluido) + un ejemplar a elegir de los números sencillos publicados en años anteriores, según existencias.

Para información y suscripciones dirigirse a

REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS S.L.
C./ de l'Art, 81 - 08041 Barcelona
Tel. (93) 435.23.11

COMENTARIO DE LIBROS

TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES. MANUAL TERAPÉUTICO.

Mark Musé, Gloria Frigola y Raúl del Río
TEA Ediciones. Madrid, 1994

En la recensión que publicamos de este manual en su versión catalana, aparecida por primera vez en 1993, en el número 14/15 de nuestra Revista de Psicoterapia, ya anunciábamos que se estaba preparando su traducción al castellano. Esta ha llegado finalmente de la mano de TEA Ediciones, conservando el mismo formato y las mismas ilustraciones que el original, aunque ocupando un número algo inferior de páginas, debido a un tratamiento más homogéneo de los tipos de letra y la distribución de los espacios.

Por lo demás, el manual tiene las mismas características prácticas para la clínica que ya tuvimos ocasión de elogiar en ocasión de su primera aparición. Los temas tratados son los más usuales en el ámbito de las disfunciones sexuales y se pueden concretar en los correspondientes capítulos, dedicados a: inapetencia sexual, disfunción eréctil, eyaculación precoz, eyaculación retardada, disfunción orgásmica, vaginismo y reorientación de la preferencia sexual.

Todos estos problemas se hallan tratados con un planteamiento homogéneo, que no se pierde en elucubraciones, sino que intenta, con gran respeto al ritmo y preferencias de las personas, orientar la intervención del profesional hacia una resolución eficaz de las disfunciones específicas, contando siempre con la colaboración de los propios interesados. A éstos les pueden resultar muy útiles las fichas creadas para cada tipo de problemática que, además de explicar paso a paso, todos los componentes secuenciados del proceso de reeducación o de entrenamiento que requiere la terapia, van acompañadas de ilustraciones muy dignas y adecuadas a los objetivos didácticos que se proponen. En este sentido constituyen un notable instrumento para el terapeuta, quien puede además hacer copias de las fichas para que los pacientes las utilicen en casa.

A pesar del mérito utilitario de la obra, ésta no cae en un puro pragmatismo. Cada una de las distintas orientaciones terapéuticas precisas está conceptualmente bien fundamentada y equilibrada, puesto que integra los puntos de vista más organicistas con un enfoque de comprensión psicológica, complejo. Se nota, en este

sentido, que el manual es producto de la colaboración de distintos profesionales. Aunque la redacción es obra del equipo de psicólogos que figuran en los créditos del título, se hace referencia explícita a la colaboración de tres especialistas más, Carole Hopkins, Doctor en Medicina y especialista en psiquiatría; J. Oliveras, Doctor en Medicina y especialista en ginecología; Eduard Ruiz, Doctor en Medicina y especialista en urología y andrología.

Terminábamos nuestra recensión anterior de este manual anunciando la versión castellana que tenemos finalmente en nuestras manos. Ahora podemos comunicar a nuestros lectores que se prepara una versión inglesa, para ser publicada en Estados Unidos. Si esto se verifica, como esperamos ardientemente y creemos que la obra se merece, será una muestra de la calidad y utilidad de este libro y, a la vez, del reconocimiento de los autores que en nuestro país trabajan con rigor, siendo capaces de ofrecer productos útiles y bien estructurados.

Manuel Villegas Besora

INDICE GENERAL AÑO 1994

Nº 17 TRASTORNOS POR ESTRES POST-TRAUMATICO Y ANGUSTIA

TRATAMIENTO DE CLIENTES CONTRASTORNOS DE ESTRES POST-TRAUMATICO: UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Donald Meichenbaum

EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA

Rafael Ballester Arnal y Cristina Botella Arbona

CASO CLINICO:

"LA MUJER DE LA MULETA". LA CONSTRUCCION Y RECONSTRUCCION DE UNA CRISIS AGORAFOBICA

Ignacio Preciado

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

FUNDAMENTOS DE UN MODELO INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA

De Héctor Fernández Alvarez, por Guillem Feixas

COMENTARIO DE LIBROS

Nº 18/19 GRUPOS TERAPEUTICOS

PSICODRAMA Y CULTURA DE GRUPO

Gianni Montesarchio

TERAPIA GRUPO ANALITICA DE FAMILIA CON ADOLESCENTES

Raffaele Menarini y Corrado Pontalti

LA RETROALIMENTACIÓN GRUPAL: FUNCIONES Y CORRUPCIONES

Ana Gimeno-Bayón Cobos

PROGRAMA ASISTENCIAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE MUJERES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

Dra. Leonor Pantinat i Giné

INTERVENCION EN REDES SOCIALES DE ADICTOS

José Navarro Góngora

EXPERIENCIA EN LA INTEGRACION DE TECNICAS DE PSICOTERAPIA EN GRUPOS SEMIESTRUCTURADOS

Heriberto González-Méndez Echeverría

ENTREVISTA A LA DRA. PILAR GONZÁLEZ LÓPEZ

Aurora Zorán

COMENTARIO DE LIBROS

Nº 20 INTEGRACIÓN COGNITIVO-ANALÍTICA EN PSICOTERAPIA

PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA: UN PARADIGMA DE INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA. ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA, ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS.

Carlos Mirapeix

DEL ECLECTICISMO A LA SÍNTESIS: HACIA UNA INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON MENOS COSTURAS.

Paul L.WACHTEL

EL EFECTO INTEGRADOR DE LA REFORMULACION: TERAPIA COGNITIVO-ANALITICA EN UN PACIENTE CON UN TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD.

Anthony Ryle y Hilary Beard

RUPTURAS EN LA ALIANZA TERAPEUTICA: UN AMBITO PARA NEGOCIAR UNA AUTENTICA RELACION.

J.D. Safran.

COMENTARIO DE LIBROS

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.
c./ de l'Art, 81
08026 BARCELONA
Tel.: (93) 435 2311**