

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen VI - 2º/3er. trimestre 1995

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 22/23 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: 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: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, 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: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen VI - Nº 22/23 - 2º/3er. trimestre 1995

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.: 434 0550 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 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LA CONSTRUCCION NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA EN PSICOTERAPIA	5
Manuel Villegas	
PERSPECTIVAS NARRATIVAS EN LA TEORIA Y EN LA PRACTICA	21
David Vogel	
LA NATURALEZA AUTOJUSTIFICATIVA DEL DISCURSO TERAPEUTICO	39
Julie Gerhardt y Charles Stinson	
TRANSFORMACIONES: UNA PROPUESTA PARA CAMBIOS NARRATIVOS EN PSICOTERAPIA	53
Carlos E. Sluzki	
NARRACION Y PSICOTERAPIA RELACIONAL	71
Walther Galluzzo	
NARRATIVAS DE LA ESQUIZOFRENIA: EL USO DE LA ESTRUCTURA NARRATIVA EN LA INVESTIGACION FENOMENOLOGICA	83
Larry Davidson	
PSICOTERAPIA COGNITIVO-NARRATIVA: LA CONSTRUCCION HEMERNEUTICA DE LOS SIGNIFICADOS ALTERNATIVOS	101
Oscar Gonçalves	
SIGNIFICADO DE LOS RELATOS EN PSICOTERAPIA: LOS FRUTOS DE UNA NUEVA UNIDAD OBSERVACIONAL	123
Lester Luborsky, Jacques P. Barber y Louis Diger	
¿QUE ES Y DONDE ESTA LA TERAPIA INTERPERSONAL?	141
Josep Solé Puig	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Precio de la suscripción anual para 1995
para España 4.500 pts.
para el extranjero 50 \$ USA

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

Las formas de que disponemos para abordar el sufrimiento psicológico humano pueden limitarse reductivamente al tratamiento de sus componentes fisiológicos mediante el uso de psicofármacos u otras técnicas de regulación somática, extenderse a la modificación de los hábitos y pensamientos que refuerzan su sintomatología, o elevarse a la comprensión de su significado. Esta variedad de formas de intervención que coexisten y pueden complementarse unas a otras en una actuación clínica integrada, no gozan, sin embargo, del mismo *status* epistemológico. En efecto, como dice Castilla del Pino es posible hacer psicología y psiquiatría sin plantearse la cuestión del sujeto; pero no lo es, diríamos nosotros, con respecto a la psicoterapia. Ésta empieza allí donde se plantea la cuestión de la comprensión del sujeto; allí donde no se pretende la supresión del signifiante, sino la construcción de nuevos significados; allí donde el concepto de curación es sustituido por el de cambio, que implica, como criterio, la dimensión temporal y evolutiva. Ya no se trata tanto, por ejemplo, de combatir las ideas absurdas del paciente o de modificar o corregir sus hábitos disfuncionales, sino de entender el sentido de la acción humana, la cual es fundamentalmente discursiva y se desarrolla a través de la propia historia como una estructura narrativa.

En este marco epistemológico de corte constructivista se ha producido en estos últimos años un giro hacia la narratividad o la discursividad en psicoterapia. A describir este proceso de reorientación, experimentado particularmente por las terapias cognitivas, sistémicas y por el propio psicoanálisis, se dedica, al menos en parte, el artículo de Manuel Villegas, titulado *La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia*, con el que se abre esta monografía. En él se consideran, además, aspectos conceptuales y aplicaciones técnicas de utilidad para el trabajo terapéutico.

El artículo de David Vogel *Perspectivas narrativas en la teoría y en la práctica* abunda en las consideraciones conceptuales que afectan al uso y abuso que se hace hoy en día de las “narrativas” y presenta, además las dimensiones aplicativas de cada una de las diversas conceptualizaciones contempladas.

La perspectiva psicoanalítica es, sin lugar a dudas, la más antigua de cuantas han sometido la sintomatología psicopatológica a un trabajo hermenéutico. Para Freud existía debajo del síntoma una verdad histórica reprimida que sólo el análisis era capaz de revelar. El moderno psicoanálisis, sin embargo, no se plantea una visión criteriológica sino pragmática del discurso terapéutico. Esta dimensión, como afirman Gerhardt y Stinson, en su trabajo *La naturaleza autojustificativa del discurso terapéutico*, es precisamente la de dar sentido a la

experiencia fragmentada de la vida y dotarla de aceptabilidad social, utilizando para ello, precisamente, el *setting* o contexto terapéutico.

Las propuestas operativas que Carlos E. Sluzki hace en su artículo *Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia*, aunque pensadas particularmente para contextos de terapia familiar pueden extrapolarse a situaciones también de terapia individual, sin que ello implique la pérdida de su inspiración inicial, puesto que el ser humano vive en un sistema de narraciones diversas que se cruzan y contraponen con frecuencia y en cuya encrucijada se organiza el discurso del propio paciente y las narrativas alternativas del terapeuta.

La contraposición de diversas narrativas con objetivos terapéuticos es el tema del artículo de Walther Galluzzo, titulado *Narración y psicoterapia relacional*, en el que la referencia al marco sistémico es claramente explícita y se desarrolla en un contexto -el de las familias con pacientes psicóticos o esquizofrénicos- particularmente necesitado de la reintroducción de la dimensión evolutiva y temporal de las narrativas.

Se ha destacado, precisamente, como característica específica del discurso esquizofrénico la falta de una dimensión temporal o narrativa. El artículo de Larry Davidson, que lleva por título *Narrativas de la esquizofrenia: el uso de la estructura narrativa en la investigación fenomenológica*, pone en evidencia la posibilidad de recuperar el hilo de la narratividad a través de la una cuidadosa investigación de la fenomenología esquizofrénica.

Oscar Gonçalves es uno de los autores de orientación cognitiva que más contribuido a la difusión de la perspectiva narrativa en esta orientación terapéutica. Su artículo, titulado, *Psicoterapia cognitivo-narrativa: la construcción hemeréutica de los significados alternativos*, constituye un pequeño manual de este enfoque, listo para su aplicación.

Cierra la monografía uno de los trabajos pioneros en la investigación con unidades narrativas dentro del marco de la entrevista de orientación psicoanalítica, debido a la colaboración de Luborsky, Barber y Diguier, titulado *Significado de los relatos en psicoterapia: los frutos de una nueva unidad observacional*, que permite comprobar la presencia de múltiples unidades narrativas a lo largo de las entrevistas y la predominancia en ellas de los conflictos relacionales.

Fuera ya de la monografía incluimos por su interés informativo y valor práctico un artículo que nos ha sido remitido por Josep Solé Puig, dedicado a presentar una terapia breve, muy estandarizada en sus procedimientos de aplicación, llamada *Terapia Interpersonal*, cuyos antecedentes cabe buscar ya en Adolph Meyer y Harry Stack Sullivan, que creemos puede ser de gran utilidad en ámbitos donde no es posible un trabajo más analítico o hermenéutico, como el que se propone a lo largo de la monografía.

LA COSTRUCION NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA EN PSICOTERAPIA

Manuel Villegas Besora
Universitat de Barcelona

During these last years several models of psychotherapy have adopt a narrative or hermeneutic perspective. According to this new approach the therapeutic process is viewed as a process of co-construction of meaning between the client and the therapist through narrative activity. This article deals with this new narrative approach through different models of psychotherapy, although specially refers to constructives therapies where this approach is central.

MODALIDADES DE CONSTRUCCION DE LA EXPERIENCIA

Las diversas modalidades de construcción de la experiencia no pueden considerarse independientemente de los procesos psicológicos a través de los cuales se construyen. Estos procesos incluyen tanto las formas más primarias de construcción -construcciones sensorio-motóricas y emotivas- como las más abstractas y formales -categorías y juicios-. De forma tal vez demasiado simple se podría decir que los diversos modelos de terapia no son más que el resultado de focalizar la intervención psicológica preferentemente sobre unos u otros niveles de construcción. Así las terapias experienciales se centran sobre el nivel de construcción sensorio-motórico, las terapias comportamentales sobre el operatorio, las racionales sobre el formal, y las hermenéuticas sobre niveles de construcción postformal. Esta concepción evolutiva de los diversos sistemas de construcción puede ayudarnos, tal vez, -dicho sea de paso- a entender el enigma de la equivalencia terapéutica de las diversas terapias, las cuales actuando selectivamente sobre alguno de los niveles específicos de construcción obtendrían efectos en el resto del sistema, facilitando el desencadenamiento de un proceso de regulación autopoyética de todo el conjunto estructural (Villegas, 1995).

Los diversos niveles de construcción de la experiencia no son, sin embargo, homogéneos ni equivalentes, sino que se hallan jerárquicamente subordinados a una organización cognitiva que va de menor a mayor complejidad. Las formas

evolutivamente más elementales de construcción se reducen a impresiones sensoriales con sus correlatos emocionales y constituyen puntos discontinuos que pueden relacionarse o no entre de sí de modo aleatorio o asociativo. Tales impresiones se hallan limitadas al *hic et nunc* y carecen de proyección temporal. Son antepredicativas por naturaleza y están desprovistas de formulación proposicional. Sus modalidades expresivas son prelingüísticas o protolingüísticas (reacciones neurovegetativas, gestos, mimo) y constituyen el fondo emotivo con el que vivenciamos cualquier situación. Este fondo emocional, con todo, constituye el primer referente informativo para el organismo y determina las discriminaciones significativas -constructos preverbales según Kelly (1955)- con los que construimos la experiencia. La experiencia emocional es la base sobre la que el niño, y más tarde el adulto, establecen sus preferencias y afectos, los cuales contribuirán decididamente a otras tantas funciones psíquicas como la atención, la motivación y la memoria. Nótese, por ejemplo, cómo la emoción distorsiona la memoria de los eventos, actuando selectivamente sobre su recuerdo.

LA MODALIDAD NARRATIVA EN LA CONSTRUCCION DE LA EXPERIENCIA

Lo que llamamos un evento no es más que un acontecimiento narrado con referencias explícitas a la acción y al contexto temporal en que se produce [“mientras jugaba -contexto temporal- mi hermano -agente- me ha roto -acción- la muñeca” dice la niña llorando], estructurada como una historia organizada por la memoria episódica, la cual retiene de este evento una estructura *esquemática* no siempre fiel a los hechos, sino más bien coherente con los intereses del sujeto y la estructura prefijada por los guiones (Mandler, 1984) sobre los que se apoya la actividad narrativa de la conciencia.

Ésta, como dice Husserl, constituye la propia identidad en la unidad de una *Geschichte*, palabra alemana que significa simultáneamente historia y narración (*history/story*). Parece en efecto, que la experiencia humana sea, por sus características intrínsecas “pre-narrativa” (Ricoeur, 1984), en el sentido que exige ser narrada. Los niños desarrollan, entre otras, muy pronto la habilidad narrativa. De acuerdo con Bruner (1990) el impulso infantil de dar significado o estructura a la experiencia cotidiana determina, incluso, el orden prioritario en la aparición de las formas gramaticales que permiten al niño construir narraciones. El principal interés lingüístico de los niños se centra en la acción humana y sus consecuencias, y más en particular en la interacción humana. Para Charles Fillmore (1968, 1977) los casos gramaticales -agente, acción, dirección, etc.- podrían ser una abstracción lingüística de los temas de acción sobre los que se organiza nuestra experiencia relativa a la actividad humana, de modo que la estructura lingüística fuese particularmente apta para expresar narrativamente tales experiencias. Las modalidades indicativas de temporalidad, lugar, causa, efecto, etc. tendrían la función de expresar

gramaticalmente los procesos y resultados de la acción humana.

En el trasvase de la acción a la estructuración narrativa se pasa del orden paradigmático de la praxis al sintagmático del lenguaje donde el significado de la experiencia adquiere una configuración narrativa. Ricoeur considera la narrativa como una innovación discursiva que estructura semánticamente los eventos, aglutinando circunstancias, causas, efectos, fines y objetivos en una unidad coherente no heterogénea sino homogénea, en la que todos los acontecimientos se relacionan entre sí [“Mientras jugaba -circunstancia- ha venido mi hermano -causa- y me ha destrozado la muñeca -efecto- porque yo no jugaba con él -motivo-”].

Todas las narraciones se construyen sobre el eje temporal que es característico de la existencia humana (Heidegger, 1927). Carr (1986) fundamenta su bien detallada teoría sobre la narrativa en el análisis fenomenológico de la experiencia temporal de Husserl. Esta actividad narrativa es parte constitutiva de la experiencia y de la acción. “Las narraciones se cuentan desde la vivencia y se viven al ser explicadas. Las acciones y el sufrimiento de la vida pueden vivirse como procesos de explicarse historias a sí mismo y a los demás, de escucharlas, de llevarlas a la práctica o de vivir a través de ellas”. Independientemente de la continuidad o discontinuidad de la experiencia, o de la proyección de la narratividad sobre la vida o de la vida sobre la narración, lo que es cierto es que construimos nuestra existencia sobre la base de una estructura narrativa.

Ésta se configura alrededor de un argumento que se desarrolla según un esquema que algunos autores -Propp (1928), Labov, 1972- consideran estructuralmente universal, compuesto por cinco elementos designados por Burke (1945): escenario, agente, acción, instrumento y meta. Independientemente de su universalidad o no, la dimensión dinámica de la estructura narrativa facilita notablemente la constitución de la experiencia. La secuencia narrativa incluye efectivamente: emociones, motivaciones, pensamientos, intenciones y acciones. La combinación de estos elementos dinámicos puede darse solamente en el momento en que suceden los hechos. Estos, sin embargo, no pueden retenerse en su transcurrir, sino que precisan ser sostenidos por una reconstrucción narrativa.

La narración se convierte de este modo en la forma de representar y reproducir dramáticamente los eventos. Solamente las formas narrativas pueden contener las tensiones, sorpresas e incoherencias de la experiencia real. Tal función, sin embargo, no es únicamente memorialística, sino que realiza otras importantes funciones retóricas y pragmáticas. Con nuestros relatos no solamente queremos retener y reelaborar nuestra experiencia, o autojustificarnos, sino también convencer, persuadir o impresionar a los demás a fin de obtener comprensión, aceptación, valoración, ayuda o recompensas.

En terapia, en efecto, los pacientes intentan no solamente profundizar en su autoconocimiento, sino obtener ayuda y comprensión por parte de los demás, particularmente del terapeuta como agente social cualificado, a través de la

narración a veces dramática de su experiencias; y aunque sea cierto que en las distintas patologías la organización discursiva sigue con frecuencia esquemas muy empobrecidos, centrados en la descripción de síntomas -como en las fobias y obsesiones-, o en la reiteración de creencias negativas y absolutistas -como en la depresiones-, la finalidad de la terapia es la de hacer evolucionar estos discursos hacia la narratividad. No se trata tanto, en psicoterapia, de combatir las ideas absurdas o de modificar o corregir los hábitos disfuncionales, sino de entender el sentido de la acción humana, la cual es fundamentalmente discursiva.

EL GIRO NARRATIVO EN PSICOTERAPIA

La década de los Ochenta constituye un punto de inflexión en que las diversas terapias y la psicología misma han empezado a experimentar un giro hacia la narratividad o discursividad (Gergen y Gergen, 1986; Howard, 1989; Parker, 1992; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986, 1990; Schank, 1990) tal como los pioneros de la Revolución Cognitiva habían soñado a fines de los Cincuenta. La finalidad de esta revolución -de acuerdo con Bruner (1990)- era la de recuperar la mente en las ciencias humanas, pretendía vincularse con la antropología, la lingüística, la filosofía y la historia. No incluía entre sus fines la reforma del conductismo, sino más bien su sustitución. Esta sustitución, sin embargo no se llevó a cabo en la práctica, a causa de la confusión semántica producida desde los primeros momentos entre significado e información, entre *construcción* del significado y *procesamiento* de la información. Los procesos computacionales se convirtieron en el modelo de la mente y a ésta se la concibió como un sistema cibernético dotado de recursos autorregulativos propios.

Sobre esta primera concepción de la cibernética se construyeron igualmente los modelos más creativos de terapia en los años Sesenta, como el sistémico, que terminó en su versión pragmática por reproducir el paradigma de la caja negra del conductismo, dejando, de nuevo, entre paréntesis los procesos mentales. Pero es precisamente esta epistemología pragmática la que ha sido recientemente objeto de discusión (Onnis, 1991; Telfener, 1992; Ugazio, 1991) abriendo la psicoterapia sistémica a los enfoques narrativos o constructivistas (Sluzki, White, 1992; Anderson y Goolisihian, 1988, 1992; Mook, 1992).

En el ámbito psicoanalítico Spence (1982) fue de los primeros en llamar la atención sobre la dimensión narrativa de la terapia. Las narrativas son construcciones interpretativas, no reconstrucciones históricas como pretendía Freud con su concepción arqueológica, definida como el acto de poner ante el paciente “un fragmento de su historia precedente que había sido olvidada”. La interpretación, dice Spence, “es siempre un acto creativo cuya verdad histórica no puede determinarse” (p.154). Todas las interpretaciones, en cambio, son construcciones, fundadas en distinto grado sobre datos de hechos históricos. La finalidad de tal construcción no es otra que la de proporcionar al paciente una historia coherente de la propia

vida; coherencia que introduce un sentido de continuidad en la experiencia.

No ha resultado fácil tampoco en el seno de la comunidad de terapeutas cognitivos la reorientación hacia modelos de terapia narrativa en lugar de racional. El enfoque narrativo parte del supuesto de que el ser humano es intencional y trata de dar coherencia al caos de la experiencia a través de estructuras narrativas y operaciones hermenéuticas. Teóricos cognitivos como Mair (1989), Angus & Hardtke, (1992) Gonçalves & Craine (1990), Gonçalves (1992) se han decantado hacia la narratividad: “en este marco los pacientes no se ven ya como científicos inductivos a la búsqueda de la confirmación de sus teorías, sino como narradores de la propia experiencia, empeñados en la construcción de historias vivibles” (Russell, 1991) y los terapeutas ya no se pelean por combatir retóricamente las creencias o las hipótesis filosóficas falsas de sus pacientes (Villegas, 1990).

En contraste con la psicología cognitiva racionalística, la psicología cognitivo-narrativa propone la comprensión psicológica del paciente sobre la base de la comprensión de narrativas prototípicas. Estas resumen de un modo metafórico o ejemplar -como en las novelas de Cervantes- el núcleo semántico de los acontecimientos constitutivos de la vida personal (Crites, 1986; Gonçalves, 1992, Haskell, 1987; Lakoff, 1987; Wurf & Markus, 1991). Expresan a nivel concreto las construcciones formales, que forman el germen de la matriz discursiva. Hacen las veces de construcciones paradigmáticas del propio self. Los diversos niveles expresivos del discurso cumplen, en efecto, funciones complementarias desde el punto de vista evolutivo en la entrevista (Villegas, 1993). Así, una expresión abstracta como “Me siento culpable de mis sentimientos y deseos” puede desarrollarse en su aspecto concreto, dramático mediante la narración de este episodio:

“Cuando tenía seis años robé ocasionalmente una pistola de juguete. Un niño de mi edad llevaba esta pistola en el autobús y jugaba con ella; pero en una frenazo imprevisto le cayó por el suelo, la busqué inútilmente sin llegar a encontrarla. Yo la veía pero no decía nada, y cuando se bajó del autobús, la cogí y me la quedé. Mi madre me recriminó por esta acción; yo quería retenerla, pero me sentía muy culpable por ello. Finalmente mi madre me dijo en un tono imprecativo ‘caigan sobre mí todas tus culpas’, y me arrancó de las manos la pistola que no he vuelto a ver más.”

O bien, la expresión formal: “Siempre me he preocupado por los demás” puede adquirir un significado mucho más dramático y operativo en esta narración:

“De niña me gustaba ir a casa de mis abuelos. Los quería tanto que tenía miedo de que se murieran algún día. Rezaba siempre para que esto no sucediera. Me acuerdo que el lavabo estaba al final de un largo corredor y cuando iba a hacer pipí, recitaba allí sentada en la taza del water una larga letanía: ‘Dios mío haz que mis abuelos continúen vivos mañana, y al otro día, y al otro y al otro, y al otro, y al otro... y así hasta que terminaba de hacer pipí’”.

MÉTODOS DE ELICITACION DE LAS NARRATIVAS

Probablemente los pacientes prefieren la narración episódica de los acontecimientos porque se hallan presentes todavía de este modo en su memoria, pertenecen a su experiencia emocional, y, con frecuencia, no han llegado todavía a explicitar su significado más estructural. De hecho, como dice Crites (1975), sólo las narraciones pueden contener la totalidad de la experiencia temporal en una unidad formal. Sobre la base de estas narrativas prototípicas el terapeuta intenta 1) ayudar a los clientes a desarrollar sus habilidades narrativas, 2) extraer el significado de sus narraciones, 3) deconstruir y desarrollar significados alternativos, 4) probar la viabilidad de estos nuevos significados proyectando nuevas alternativas.

Para actuar de acuerdo con estos criterios algunos autores cognitivos como Gonçalves (1992; véase también este mismo número) proponen seguir los siguientes pasos:

- a) evocar varias narraciones escogiendo entre ellas las más significativas;
- b) objetivar las narraciones, promoviendo la identificación de sus dimensiones sensoriales y comportamentales;
- c) subjetivar las narraciones suscitando las experiencias cognitivas y emocionales conectadas a ellas;
- d) construir su significado prototípico transformando las narraciones en metáforas;
- e) proyectar alternativamente estas metáforas y ensayar nuevas representaciones del propio self en el pasado, el presente y futuro.

Para llevar a cabo este trabajo de objetivación y subjetivación en familias resulta muy útil la técnica diseñada por Onnis (1990) de las esculturas, las cuales se convierten en auténticas metáforas plásticas, capaces de resumir el discurso de la familia en el presente y de prever su desarrollo narrativo en el futuro.

También es notoria en el ámbito de la terapia individual la técnica descrita por Guidano (1987, 1991, 1993) como auto-observación. Para obtener un cambio significativo -según él- un terapeuta cognitivo no puede continuar limitándose a jugar el papel de un "persuasor oculto" que induce a comportamientos más adaptativos a través de imposiciones comportamentales o de prescripciones paradójicas. Debe, por el contrario, y desde buen principio orientar la atención del paciente hacia la gradual reconstrucción y comprensión de las reglas sintácticas de base que gobiernan los aspectos invariantes de las emociones y de las representaciones críticas.

Guidano utiliza a este fin un lenguaje cinematográfico. A través de diversas operaciones de aproximación y alejamiento de los eventos (técnicas del *zoom* y de la *moviola*) trata de reproducir la historia de desarrollo personal. Al recorrer varias veces su historia el paciente llega a provocar la emergencia de nuevos niveles de conciencia y poner en marcha ulteriores reorganizaciones en los datos del pasado, que a su vez dan paso a ulteriores procesos de comprensión y así sucesivamente. En otras palabras, el terapeuta interviene sobre la memoria del paciente, es decir, sobre

las modalidades con las que este último ha seleccionado y ordenado los propios acontecimientos de la vida extrayendo, de este modo, un significado personal específicamente consistente con su coherencia interna. El trabajo al que se enfrentan paciente y terapeuta puede ser considerado, de esta manera, como un trabajo de construcción narrativa y hermenéutica.

CONDICIONES PARA UNA HERMENEUTICA NARRATIVA

Las personas que se acercan a una terapia traen siempre consigo una historia que contar. Ésta es frecuentemente una historia atormentada y confusa, desgraciada o triste o de una vida de relaciones destrozadas. Para otros se trata de una historia de acontecimientos que atentan contra su bienestar, satisfacción o sentido de la eficacia. Independientemente de cuál sea, el terapeuta se halla ante una historia que interpretar. La interpretación es una disciplina hermenéutica (Gadamer, 1975; Ricoeur, 1986; Wachterhauser, 1986), regulada por las teorías semióticas (Eco, 1990) e inserta en el marco del construccionismo social (Gergen, 1988; Shapiro y Sica, 1984; Shotter y Gergen, 1989).

La acción humana se desarrolla, en efecto, en una realidad de comprensión construida socialmente en el lenguaje. El ser humano, como dicen Maturana y Varela (1987), se nutre de la *trofalasis lingüística*. El lenguaje “no se ha inventado para la comprensión del mundo externo, sino que es en el lenguaje donde se nos ofrece el mundo. Nos realizamos en un acoplamiento lingüístico, no porque el lenguaje nos permite decir lo que somos, sino porque somos en el lenguaje, en una continua inmersión en los mundos lingüísticos y semánticos con los que entramos en contacto. Nos encontramos a nosotros mismos como una modalidad en continua transformación en el devenir del mundo lingüístico que constituimos junto a los otros seres humanos y el lenguaje que nos constituye como seres humanos es el discurso”.

El discurso terapéutico no escapa a estas condiciones lingüísticas de producción e interpretación. Para hacer frente a la especificidad de este análisis hemos desarrollado recientemente (Villegas 1992, 1993) un método de interpretación basado en el análisis textual desde el punto de vista de la lingüística (Van Dijk, 1977) y de la semiótica (Eco, 1990). La interpretación en psicoterapia, debe entenderse, además, específicamente en el contexto del paradigma de la comunicación, donde el significado no solamente es desvelado, sino co-construido en la negociación (Anderson & Goolishian, 1992; Gergen & Kaye, 1992, Habermas, 1987; Villegas, 1992).

Esta perspectiva constructivista se opone a la visión tradicional, según la cual el terapeuta -y de acuerdo con Kelly también el paciente- funciona como un científico. Desde el punto de vista tradicional el proceso de interpretación terapéutica se vuelve una sustitución gradual del discurso del paciente por parte del terapeuta, donde las respuestas y construcciones del terapeuta sustituyen las dudas y las construcciones del paciente. Este proceso sustitutivo fue ya denunciado por Donald Spence (1982) como un proceso de interpretación en base a los *a priori*

teóricos del analista: Si éste “presupone que la contigüidad es indicadora de causalidad, interpretará una secuencia de acontecimientos inconexos como manifestaciones de una cadena causal; si parte de la hipótesis del *transfert* interpretará como tal cualquier incidente en la relación con el terapeuta”.

La interpretación constructivista, exige, en cambio, una interpretación abierta a la negociación. Anderson y Goolishian (1988, 1992) han expresado de forma contundente el papel de la negociación del significado en el proceso de cambio terapéutico: “El cambio en terapia se produce como efecto de una nueva narrativa y de la consecuente oportunidad de una nueva gestión de los problemas. El poder transformativo de las narrativas reside en su capacidad de re-narrar los acontecimientos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y distinto. Vivimos en y a través de la identidad narrativa que desarrollamos en el dialogo con los demás. Desde el punto de vista hermenéutico el cambio en psicoterapia exige la creación dialógica de nuevas narrativas. A medida que el diálogo se desarrolla se van construyendo nuevas historias todavía no contadas”.

En la medida en que el lenguaje constituye la matriz de cualquier comprensión, la psicoterapia se puede construir como una actividad lingüística en la que la conversación da paso al desarrollo de nuevos significados. Dicho de otro modo: la psicoterapia se puede concebir como un proceso semiótico de construcción de significado a través de un discurso colaborativo (Villegas, 1992) en el que se anima a los pacientes a asumir el papel de autores privilegiados de sus propias historias de vida y a los terapeutas se asigna el de coautores o escribas.

Conseguir este tipo especial de conversación terapéutica exige del terapeuta la adopción de una posición de ignorancia o desconocimiento, de “no saber”. La actitud del no saber requiere que nuestra comprensión, explicación e interpretación no se vea limitada por las experiencias anteriores o conceptos *a priori*. La posición ignorante se basa en la curiosidad genuina, en la necesidad de conocer mejor el mundo discursivo del paciente, en lugar de ceñirse a opiniones o expectativas preconcebidas sobre el cliente y sus problemas o las modalidades de cambio. Posibilitar el cambio exige, desde luego, un contexto de comprensión y aceptación. Pero esto no significa la conformidad estática con las premisas del cliente. Requiere más bien la búsqueda de nuevas premisas para la exploración (Gergen y Kaye, 1992) en un contexto de negociación.

Mediante la negociación se desarrolla un proceso de co-construcción que produce por sí mismo efectos terapéuticos. Los discursos del paciente son frecuentemente patológicos no por sus condiciones de textualidad, sino por su reiteración infructuosa, por su incapacidad de evolucionar hacia un discurso alternativo y vivificante. Esta es la razón por la que llegan los pacientes a psicoterapia. Esperan de la terapia la colaboración necesaria para la construcción de nuevas narrativas. Esta colaboración se desarrolla a través del dialogo terapéutico que abre nuevas posibilidades al mundo discursivo del paciente. Utilizando un concepto de Vygotsky

podría decirse que la terapia es un instrumento para activar la zona de desarrollo potencial del sujeto en sus diversas dimensiones expresivas: pensamientos, acciones y emociones.

ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCION DE NARRATIVAS ALTERNATIVAS

La interpretación de una historia o narración exige además, como ya hemos comentado en otra parte (Villegas, 1993), su de-construcción y re-construcción, con el fin no sólo de ser comprendida, sino de convertirse también en motor de cambio. Una de las técnicas de-constructivas más frecuentes en las terapias cognitivas es la de cuestionar las ideas erróneas o las distorsiones cognitivas, como las creencias desvalorizantes de los depresivos. Para enfrentarse a tales creencias el terapeuta puede desestabilizar la autopercepción negativa del paciente con preguntas orientadas a cuestionar su validez, discutiendo creencias irracionales (Ellis, 1962). Puede, igualmente, introducir dudas respecto a las incongruencias lógicas en la construcción de conclusiones exageradamente negativas, indicando, por ejemplo, errores o descompensaciones en el procesamiento de la información, tales como la abstracción selectiva, inferencias arbitrarias, hipergeneralizaciones, etc. (Haaga e Beck, 1993). Pero, en general, tales intervenciones son más bien retóricas que constructivistas (Villegas, 1990) y no producen resultados satisfactorios.

Las técnicas deconstructivas de inspiración constructivista, por el contrario, no pretenden cambiar las creencias o percepciones erróneas o distorsionadas del paciente. Consideran que éstas ejercen una función en el conjunto del sistema epistemológico de la persona y que, en consecuencia, tienden a perpetuarse - fenómeno que otros modelos llaman resistencia- a pesar de su evidente incomodidad (Feixas & Villegas, 1990; Mahoney, 1991). Tales sistemas autorreferenciales no son más que procesos con los que construir una representación de sí mismo, adecuada para incrementar la propia eficacia adaptativa, mantener la coherencia interna y hacer menos evidentes las contradicciones y las discrepancias del significado personal (Guidano, 1990).

Las técnicas deconstructivas se hallan dirigidas a alcanzar la saturación, los límites y contradicciones de un sistema para ayudarlo en su evolución. Para este fin se hace imprescindible como primer paso conseguir una síntesis discursiva lo más completa posible, que puede obtenerse, por ejemplo, con las técnicas del análisis textual que hemos descrito en trabajos anteriores (Villegas, 1992).

De acuerdo con las técnicas de análisis textual, el discurso terapéutico se halla compuesto por una serie de temas fuertemente articulados entre sí mediante nudos lógico-semánticos que constituyen su macroestructura. El reconocimiento de estos nudos estructurales que conectan entre sí los diversos acontecimientos episódicos narrados por los pacientes constituye el inicio de su deconstrucción. En un largo texto autobiográfico de una anoréxica, publicado por Mara Selvini (1989) hemos

indicado algunos (Villegas, 1992). La macroestructura del texto es fundamentalmente opositiva y se basa en una contraposición maniquea entre el mundo propio interno/espiritual y el externo/material. Este último se caracteriza por la ausencia de objetivos y por la búsqueda de placeres o bienes sensibles:

“personas vulgares las de mi familia; se preocupaban sólo de comer... Mi madre, una mujer siempre allí, entre los fogones y las ollas, que sólo sabe cuidarse de preparar la comida para su maridito... una mujer que engorda y nada más. Guapita, eh? Te gustan las mujeres gordas”

mientras el mundo interno tiene una finalidad muy precisa: el dominio del cuerpo, a través de la abstinencia oral y carnal:

“Me sentía superior a las demás, sentía que me acercaba cada vez más a un objetivo..., ser la heroína pisoteada que lo soporta todo en silencio... y con la certeza de ser superior a todas las demás, purificada y segura de no caer en la vulgaridad del contacto masculino. Ahora ya sabía qué es lo que tenía que hacer: para empezar, adelgazar”.

Hombres y mujeres se contraponen en esta estructura discursiva en relación a estos dos mundos, externo e interno. Los hombres materiales sólo piensan en comer y en la sexualidad; los hombres espirituales, en cambio, sufren y luchan por los grandes ideales. Las mujeres materiales son sólo un pedazo de carne: comiendo, engordan, y engordando se hacen deseables sexualmente; las mujeres espirituales tienen alma: con el ayuno y la abstinencia adelgazan; adelgazar es un acto heroico que las sitúa más allá del deseo sexual.

Ésta es la síntesis discursiva de la narrativa anoréxica, que presenta, como ya se ha dicho, una estructura opositiva, fundada en el rechazo de la materialidad corporal, y en consecuencia, de la feminidad, y sobre la búsqueda de la inmaterialidad espiritual. Esta oposición ideológica desemboca, al final, en un dilema irresoluble o, si se quiere, en una aporía.

Una vez se ha sacado a la luz la síntesis discursiva se tienen las bases para su reconstrucción narrativa. La técnica a seguir es ciertamente una indagación, pero no de acuerdo con el método de la sospecha o de los indicios como es el caso de Freud o de Sherlock Holmes (Ugazio, 1991), sino, como ya se ha dicho más arriba, a partir de la ignorancia o el desconocimiento, a partir de una actitud de curiosidad genuina por la construcción del conocimiento. Esta actitud del “no saber” la hemos denominado *heurística negativa* (Villegas, 1993).

Una heurística negativa no implica falta de comprensión, sino que parte de aquellos niveles de exploración que permiten la comprensión paso a paso, en cada momento. De acuerdo con Goolishian (1991): “el terapeuta hace preguntas que exigen siempre nuevas preguntas a las respuestas que se producen”. La finalidad de esta heurística negativa es la de llevar la narración del paciente a una reelaboración más rica de la crisis deconstructiva, haciendo aparecer nuevas alternativas de construcción, no tomadas en consideración hasta aquel momento por el paciente.

Una madre de familia, en un estado depresivo, narra una historia de desesperación y sufrimiento. De forma a veces explícita y otras implícita deja entrever la amenaza del suicidio como punto final de toda la historia. El terapeuta después de un delicado trabajo de deconstrucción -durante el cual se pone de manifiesto el constructo “buena madre” como el más nuclear o central- propone a la paciente renarrar su propia historia de una forma alternativa, en términos no de desesperación, sino de cansancio, y terminar la historia no con el suicidio sino con el disfrute de un período de vacaciones o de enfermedad, durante el cual los hijos y el marido se sienten útiles y capaces de ayudar a la madre cansada o enferma que tiene necesidad de ser cuidada y no sólo de cuidar a los demás, permitiéndoles también a ellos ser buenos hijos y marido.

La eficacia terapéutica de las interpretaciones y reconstrucciones del terapeuta depende del grado de discrepancia y a la vez de coherencia que éstas presentan respecto a las percepciones habituales que el paciente tiene de sí mismo. Discrepancia en la medida en que representan alternativas más viables de construcción; coherencia en la medida en que éstas nuevas lecturas o reconstrucciones no contradicen en nada la experiencia narrativa del sujeto.

La perspectiva clínica que emerge de este modo de considerar el problema se configura -como señala Guidano (1990)- en la construcción del papel del terapeuta “como el de perturbador estratégicamente orientado”. Estratégicamente orientado significa orientado a las estrategias de cambio previamente negociadas con el paciente, de modo que el terapeuta debería abstenerse de intervenciones a ultranza en sectores no acordados... “actuando sólo sobre aquellos sectores de experiencia que se han revelado como críticos a partir de una reconstrucción previa de los temas de fondo del significado personal” (Guidano, 1990), procedimiento que se pone de manifiesto, por ejemplo, en el caso siguiente:

Un comercial de 27 años acude a terapia con una queja difusa sobre un estado de apatía, insomnio y humor depresivo, que según el paciente están injustificados, puesto que tiene todo lo que puede desearse: una novia estupenda y un trabajo excelente. Su discurso gira vagamente, al principio, sobre cambios experimentados después del servicio militar. Sin embargo, a los pocos minutos se polariza, precisamente alrededor de estos dos temas: la novia y el trabajo. Preguntado por cuál de ellos prefiere empezar, asegura que por el primero; pero, al poco rato, deriva hacia el segundo. Sorprendido el propio paciente por esta desviación de su discurso, intenta identificar el puente que une ambos temas, novia y trabajo. Éste no es otro que algo que tienen en común y que en su organización discursiva ha facilitado el paso de un tema al otro, a saber: que ambos le sobrepasan. Esto significa que, a pesar de tenerlos, los vive como inalcanzables. Sólo recuerda haberse sentido bien, ilusionado y casi

eufórico, cuando, después de haber conocido a la chica, en un momento en que no tenía trabajo, se sintió espoleado por ella, consiguiendo casi inmediatamente uno por sus propios medios. Este trabajo, sin embargo, estaba al servicio de una actividad más bien especulativa y fraudulenta, teniéndolo que abandonar en cuanto se apercibió de ello. Más adelante encontró otros trabajos similares que tampoco veía muy claros, hasta que, por influencias familiares, se le proporcionó el actual. Éste es un trabajo muy interesante y bien remunerado dentro del mundo comercial, pero él no se siente suficientemente preparado para desempeñarlo satisfactoriamente, como tampoco se siente adecuado respecto a la novia. Llegados a este punto, su discurso vuelve a centrarse sobre sus sentimientos de inferioridad y derrotismo: para estar bien -es decir para no estar ansioso- debería abandonar novia y trabajo. La razón principal es que ambos le han sido ofrecidos, sin que él se los haya ganado. Son “puertas que no he abierto yo, sino que me han sido abiertas”. La metáfora de la “puerta” da pie en el diálogo terapéutico a la introducción del tema de la existencia y de su proyección temporal. La existencia es una “puerta” abierta que no hemos escogido ni merecido abrir, sino que se nos ha abierto gratuitamente. Al nacer atravesamos las puertas del vientre materno y somos echados a un mundo que ya está en marcha y al que tenemos la oportunidad de subirnos. El malestar actual de nuestro paciente es un indicador de un momento de crisis existencial en el que la narrativa del futuro puede ser proyectada como una historia de replegamiento y fracaso, o como una historia alternativa de desafío para ganarse a pulso el lugar y las oportunidades que le ofrece el mundo. A partir de esta perspectiva el trabajo terapéutico empieza a orientarse hacia la consideración de los medios a su alcance para situarse, al menos, en condiciones de decidir si vale la pena o no subirse al tren en marcha de la vida, que todavía no ha cerrado sus puertas.

La finalidad de las intervenciones terapéuticas no es la de descubrir la verdad narrativa, entendida como correspondencia entre los hechos del pasado y su formulación proposicional en forma de interpretaciones como pretendía Freud con el llamado psicoanálisis arqueológico, sino más bien -como dice Loch (1977)- la de “construir la verdad al servicio de la coherencia presente y futura de sí mismo, en base a un acuerdo recíproco, entre paciente y analista”.

No debe considerarse tampoco finalidad de las intervenciones terapéuticas la modificación de las creencias irracionales, identificando su lógica equivocada, o procediendo a su reestructuración sistemática, tal como lo proponen los terapeutas cognitivos de corte racionalista. La adaptación del sistema debe identificarse, de acuerdo con Guidano (1990), “no tanto con la consecución de un equilibrio homeostático y circular, cuanto con un proceso más bien de direccionalidad

progresiva de mantenimiento de la coherencia interna que se produce a través de un avance continuo del punto de equilibrio conseguido”.

La finalidad última de la psicoterapia, si se puede hablar en estos términos, es la de contribuir a la explicitación de la estructura epistemológica del sistema de construcción de la experiencia del paciente, poniendo de manifiesto el desequilibrio de sus diversos niveles evolutivos de construcción vivamente sentidos a través de la sintomatología o malestar emocional. La acentuación de la conciencia del malestar a través del proceso terapéutico y el aumento de la conciencia de los desequilibrios epistemológicos ponen al paciente o al sistema frente a la alternativa de decidir las opciones de desarrollo o crecimiento propuestas por ellos. Estas mismas opciones ya estaban presentes con anterioridad a la terapia, pero el paciente o el sistema habían escogido sabiamente protegerse de cambios que podían ser vividos como amenazantes para su estructura, prefiriendo el malestar a la desestructuración. La diferencia fundamental que surge de la situación terapéutica frente a la condición de crisis es que la terapia permite recorrer la crisis en un contexto protegido por la aceptación y comprensión del terapeuta, analizarla de modo sistemático, entenderla como una oportunidad evolutiva y superarla en una confrontación dialógica entre antiguas y nuevas narraciones.

En los últimos años se ha empezado a notar un giro narrativo o hermenéutico en los distintos modelos de psicoterapia. De acuerdo con esta nuevo enfoque el proceso terapéutico se considera como una proceso de co-construcción del significado entre cliente y terapeuta a través de la actividad narrativa.

El artículo considera la incidencia de este nuevo enfoque en los diversos modelos terapéuticos, aunque presta una especial atención a las terapias cognitivas de corte constructivista, donde este giro se ha producido con mayor intensidad.

Referencias bibliográficas

- ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. (1988). Human Systems as linguistic systems: evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Ed.). *Therapy as social construction*. London: SAGE
- ANGUS, L.E. & HARDTKE, K. (1992). *Narrative process in psychotherapy*. Unpublished Manuscript, York University, Canada.
- BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BURKE, K. (1945). *A grammar of motives*. New York: Prentice Hall.

- CARR, D. (1986). *Time, Narrative and History*. Bloomington: Indiana Press.
- CRITES, S. (1986). Storytime: Recollecting the past and projecting the future. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- DIJK, T. A. Van (1977). *Text and context*. London: Longman.
- ECO, U. (1990). *I limiti dell'interpretazione*. Milano: Bompiani.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FILLMORE, Ch. (1968). The case for case. In E. Bach & R. T. Harman, *Universals in Linguistic Theory*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GADAMER, H. G. (1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.
- GERGEN, K. J. (1982). *Toward Transformation in Social Psychology*. New York: Springer-Verlag.
- GERGEN, K. J. (1988). If persons are texts, in S.B. Messer, L.A. Sass & R.L. Woolfolk (eds.), *Hermeneutics and Psychological Theory*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- GERGEN, K. J. & KAYE, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of the therapeutic meaning. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*. London: SAGE.
- GONÇALVES, O. (1992). Narrativas del inconsciente. Las terapias cognitivas: regreso al futuro. *Revista de Psicoterapia*, 12, 29-48.
- GONÇALVES, O. & CRAINE, M. (1990). The use of metaphors in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Therapy*, 4, 135-150.
- GOOLISHIAN, H. (1991). Conversaciones terapéuticas. *Sistemas familiares*, 7, 1.
- GUIDANO, V. F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 113-139.
- GUIDANO, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (1993). La terapia cognitiva desde una perspectiva evolutivo-constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 89-112.
- HAAGA, A. H. & BECK, A. T. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y la terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- HABERMAS, J. (1987). *Theorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.
- HASKELL, R.E. (1987). *Cognition and symbolic structures: The psychology of metaphoric transformation*. Norwood, N.J.: Ablex.
- HEIDEGGER, M. (1927) *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer.
- HOWARD, G. S. (1989). *A tale of two stories: Excursions into a narrative approach to psychology*. Notre Dame, IN: Academic Publications.
- HOWARD, G.S. (1991). Cultural tales: A narrative approach to thinking cross-cultural psychology and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- HUSSERL, E. (1960). *Cartesian Meditations*. The Hague: Nijhoff.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- LAKOFF, G. (1987). *Women, fire and dangerous things: what categories reveal about the mind*. Chicago: The University of Chicago Press.
- LAKOFF, G. (1988). Cognitive semantics. In U. Eco, M. Santambrogio & P. Violi (Eds.), *Meaning in mental representations*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- LABOV, W. (1972). The transformation of experience in narrative discourse. In *Language in the inner city. Studies in the Black English vernacular*. (354-396). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- LIOTTI, G. (1992). Emozione, motivazione e conoscenza nel processo della psicoterapia cognitiva: intersezioni tra cognitivismo ed epistemologia evolucionista. *Psicobiettivo*, 3, 35-45.
- LOCH, W. (1977). Some comments on the subject of psychoanalysis and truth. In J. Smith, *Thought, consciousness and reality*. New Haven: Yale University Press.
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human changes process: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Guilford.
- MAHONEY, M. J. (1992). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 12, 49-61.
- MAIR, M. (1989). *Between psychology and psychotherapy. A poetics of experience*. London: Routledge
- MAIR, M. (1990). Telling psychological tales. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 121-135.

- MANDLER, J. (1984). *Scripts, stories and scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- MATURANA, H. R. & VARELA, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala.
- MOOK, B. (1992). Intersubjetividad y estructura narrativa en la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 10-11, 13-22.
- ONNIS, L. (1990). Le sculpture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nei disturbi psicosomatici. *Ecologia della mente*, 10.
- ONNIS, L. (1991). La renovación epistemológica actual de la psicoterapia sistémica: repercusiones en la teoría y en la práctica. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 5-15.
- PARKER, I. (1992). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- POLKINGHORNE, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, N.Y.: Suny Press.
- PROPP, V. (1928). *Morfología del cuento*.
- RICOEUR, P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University Chicago Press.
- RICOEUR, P. (1986). *Du texte a l'action: Essais d'herméneutique II*. Paris: Seuil.
- RUSSELL, R.L. (1991). Narrative, cognitive representations and change. New directions in cognitive theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 241-256
- SARBIN, T.R. (1986). *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- SELVINI, M. (1989). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli
- SHAPIRO, G. & SICA, A. (1984). *Hermeneutics*. Amshert, MA: University of Amshert Press.
- SHOTTER, J. & GERGEN, K.J. (eds.). (1989). *Texts of identity*. London: SAGE.
- SPENCE, D. (1982). *Narrative Truth and historical Truth*. New York: Norton.
- SLUZKI, L. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- TELFENER, U. (1992). La terapia come narrazione, un'introduzione. In M. White. *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio
- UGAZIO, V. (1991). El modelo terapéutico sistémico: una perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 17-40.
- VILLEGAS, M. (1990). El cambio cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 51-80.
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87.
- VILLEGAS, M. (1993). Las disciplinas del discurso: semiótica, hermenéutica y análisis textual. *Anuario de Psicología*, 59.
- VILLEGAS, M. (1995). Eclettismo o integrazione: questioni epistemologiche. In P. Lombardo & M. Malagoli-Togliatti, *Epistemologia in Psicologia Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- VYGOTSKY, L.S. (1985). *Le langage et la pensée*. Paris: Ed. Sociales.
- WACHTERHAUSER, B. R. (Ed.). (1986). *Hermeneutics and modern philosophy*. Albany: State University of New York Press.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- WHITE, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.
- WURF, E. & MARKUS, H. (1991). Possible selves and the psychology of personal growth. *Perspectives in Personality*, 3, 39-62.

V CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA

4-5-6-7 de Septiembre 1996

Universidad de La Laguna (Tenerife)

El constructivismo terapéutico representa una nueva sensibilidad clínica, acorde con nuestro tiempo, que lleva consigo cambios importantes respecto a la noción de la salud mental así como respecto a la función y forma de los tratamientos psicológicos.

Las actividades de este V CONGRESO INTERNACIONAL DE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA (conferencias, simposios, comunicaciones, presentación de casos clínicos, etc.) propiciarán el intercambio científico y profesional y la formación en estas nuevas tendencias en psicoterapia.

Comité Científico

Cristina Botella (Universidad Jaume I, Castellón, España)
Guillem Feixas (Universidad de Barcelona, España)
Héctor Fernández-Alvarez (Universidad de Belgrano, Argentina)
Oscar Gonçalves (Universidad do Minho, Portugal)
Leslie Greenberg (York University, Canada)
Vittorio Guidano (Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia)
Michael J. Mahoney (North Texas University, EE.UU.)
M^a José Rodrigo (Universidad de la Laguna, Tenerife, España)
Manuel de Vega (Universidad de la Laguna, Tenerife, España)
Manuel Villegas (Universidad de Barcelona, España)

Comité Organizador

M^a Teresa Miró (Presidenta)
Juan I. Capafons (Vicepresidente)
Pedro Prieto (Secretario)
Isabel Custodio (Secretaria)

Secretaría del

V CONGRESO INTERNACIONAL INTERNACIONAL SOBRE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA

FACULTAD DE PSICOLOGIA
Universidad de La Laguna
Campus de Guadajara
38200 - La Laguna
TENERIFE - Islas Canarias - España

Telf: 34 (9) 22 60 93 22

Fax: 34 (9) 22 60 93 01

PERSPECTIVAS NARRATIVAS EN LA TEORIA Y EN LA PRACTICA

David Vogel

Laboratorio de psicopatología clínica y experimental, New Hampshire Hospital, Concord, New Hampshire, USA.

A constructivist analysis of representation is first offered, to provide a basis for a definition of narrative as a form of representation in which events are organized in meaningful sequence. After an explication and a comparison of the positions on the use of narrative taken by Efran and Niemeyer, a third, more radical constructivist orientation to narrative in psychology is presented. This orientation is based on the concept of perspective by incongruity, a concept critical to the analysis of conceptual change in many arenas, including psychotherapy. The development of the narrative concept in constructivist psychology can be furthered through a combination of the disciplined analysis of discrete narratives and a more sweeping narrative perspective that addresses all human mentation.

DEFINICION DE NARRATIVA

Sobre los términos y sus definiciones

Para los constructivistas, la relación que existe entre un término y el fenómeno al cual se refiere no es la misma que entre una correa y un perro. Los términos no son simples herramientas que permiten agarrarse a un objeto que existe “ahí fuera” como una cosa en sí misma. Las cosas en sí mismas están más allá de nuestra experiencia. Empezar a conocer algo o a pensar algo supone una transformación constructiva de lo que se quiere conocer. Es decir, los términos con los cuales conocemos las cosas forman la naturaleza de nuestra comprensión. El lenguaje que utilizamos al comunicarnos altera nuestra conversación.

Burke (1966) lo definió de la siguiente manera: “Incluso si cualquier terminología determinada fuera un *reflejo* de la realidad, debido a su naturaleza como terminología no tendría más remedio que ser una *selección* de la realidad; y en este sentido funcionaría igualmente como una *desviación* de la realidad” (p. 45). La selección y definición de términos son actos constructivos y creativos que alteran

estos reflejos, selecciones y desviaciones. Según Burke, “la mayoría de las cosas que consideramos observaciones de la ‘realidad’ puede que no sean más que la prolongación de las posibilidades implícitas de nuestra elección particular de términos” (p. 46).

A través de nuestra utilización de los términos, hacemos algo más que dar forma y organizar nuestra experiencia -también transformamos la estructura de nuestro conocimiento. Las abstracciones a través de las cuales se conoce el mundo alteran nuestra mente. Este es un punto clave para muchos constructivistas. Para Piaget (1937/1954) y Werner (1948) las acciones internas del pensamiento -a través de las cuales el organismo comprende el mundo y organiza sus acciones- transforman y estructuran tanto el mundo que se está experimentando como la mente del organismo.

Del mismo modo, el Postulado Fundamental de Kelly (1955) mantiene que “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente mediante la manera según la cual la persona anticipa los acontecimientos” (p. 46). Según Kelly, la gente se parece en la medida en que organiza y entiende el mundo de forma similar. Es decir, mi manera de conocer es mi personalidad. Esto era fundamental en el enfoque de Kelly de la psicoterapia; cambiar la manera según la cual entiendo el mundo es cambiarme a mí.

Este enfoque de la terminología y la representación tiene dos implicaciones fundamentales en la definición de la narrativa. Primero, la narrativa puede definirse como una forma de representación. La discusión anterior de la representación, construcción, y conocimiento también puede aplicarse a las narrativas. Al igual que términos, símbolos o metáforas, las narrativas implican primeros planos, segundos planos, y omisiones. En segundo lugar, es útil entender la *narrativa* como un término y considerar los temas relacionados con el uso y la definición de la *narrativa* en vista de los reflejos, selecciones y desviaciones que el término pueda suponer.

Una definición de narrativa

La *narrativa*, considerada como una actividad, es la representación del flujo de hechos de una secuencia significativa. Por eso sin narrativa, no hay ninguna representación significativa de cambio a lo largo del tiempo y la vida, según Maturana y Varela (1992) y su exponente Efran (1990), se convierte en una “corriente sin significado” (p. 53), y la “historia es,” tal como solía decir un profesor mío, “una maldita sucesión de cosas.” Una narrativa, como producto de la actividad narrativa, es una representación de una secuencia de acontecimientos entrelazados mediante una trama o *relato*.

Esta definición se puede dividir en dos componentes relevantes. En primer lugar, tal como ya se ha dicho, la narrativa es la representación y las narrativas son representaciones.

En segundo lugar, de forma distinta a los términos y otras representaciones no-

narrativas, las narrativas unen hechos en una secuencia significativa. La idea de secuencia significativa implica un número de distinciones entre las narrativas y otras representaciones. Primero, las narrativas no son simples, son complejas, incluyen elementos múltiples. En segundo lugar, las narrativas no son estáticas; implican cambios a lo largo del tiempo. Finalmente, las narrativas no son meras crónicas sino que incluyen tramas. Por eso, la narrativa es la representación a un nuevo nivel de organización, en el cual el tiempo juega un papel primordial. Una narrativa es un todo mayor que la suma de sus partes.

Para entender esta definición de la narrativa, imaginemos que este momento (el “presente espurio” en el cual estamos considerando estas palabras) se tuviera que incluir en un relato que hemos de contar a alguien más tarde. En este relato, la representación de este momento estaría conectada a la representación de otros momentos en una secuencia narrativa. Tal como las cuentas de un collar, las series de los momentos o hechos en un relato están conectadas (“entramadas”) en un todo coherente. La selección y formación de cada cuenta (o cada momento) está influenciada por la selección y secuencia de las otras cuentas y por la trama que las une (Agate y Berner, 1978).

LAS PERSPECTIVAS NARRATIVAS DE DOS CONSTRUCTIVISTAS

Si consideramos la *narrativa* como terminología, podemos intentar descubrir lo que este término nos puede ofrecer (a parte de la moda). ¿Cómo se pueden alterar nuestras conversaciones, observaciones, y comprensiones si damos a la terminología de la narrativa un rol significativo en nuestro repertorio conceptual? ¿Cómo podemos asegurar que la terminología de la narrativa nos puede ser de máxima ayuda?

En sus artículos sobre este tema en el *Journal of Constructivist Psychology*, Efran y Niemeyer enfocan estas cuestiones desde una posición metateórica común (Mahoney, 1988a, 1988b), es decir, un constructivismo que, en la tradición de Kelly (1955), trata las cuestiones de argumentación y demostración sin recurrir a las afirmaciones de los objetivistas o al subjetivismo radical. Para Efran y Niemeyer, las narrativas implican un “emparejamiento” interactivo (Maturana y Varela, 1990) entre el narrador y el mundo. Esta visión es opuesta al dogma de la immaculada percepción, en la cual la realidad, limpia de tendencias o deseos, aporta la información, y al subjetivismo radical en el cual el conocimiento brota de la mente del observador, tal como Atenea lo hizo de la mente de Zeus.

Tanto Efran como Niemeyer han considerado útil servirse de la narrativa en sus tareas clínicas. A pesar de su base metateórica común y su conformidad en la importancia de la narrativa, existen diferencias en sus orientaciones respecto la narrativa. Una breve síntesis de las posiciones de Efran y Niemeyer establecerá el marco para una explicación de algunas de las diferencias entre sus perspectivas.

La psicoterapia narrativa de Efran

Efran destaca el rol de los términos que nombran y categorizan la experiencia. A través de la aplicación de términos, la gente resuelve los misterios de la vida y adquiere dominio sobre las cosas de este mundo. Efran escribe sobre el niño que gatea sobre un misterioso “nada,” que se denomina “suelo,” y señala que “cada vez que aprendía el nombre de una planta adquiría dominio sobre ella” (p. 222).

Como psicoterapeuta, Efran (1994) es consciente de que los términos que permiten el dominio sobre las cosas también nos dominan a nosotros. Mediante la utilización de una gran variedad de metáforas, afirma que nuestro lenguaje ejerce un dominio completo sobre nosotros y que “no existe ninguna manera de romper los hechizos que tejen nuestras abstracciones” (p. 221). La psicoterapia puede ser útil cuando una persona, una pareja, o una familia se encuentra atrapada en una situación incómoda debido a sus abstracciones.

Efran menciona dos maneras a través de las cuales la psicoterapia narrativa puede facilitar el cambio. Una manera, que Efran considera poco adecuada, es simplemente ofrecer nuevos relatos, nuevas abstracciones o “reencuadramientos.” Efran reconoce que este tipo de intervención puede romper el hechizo de las abstracciones y reestructurar las relaciones interpersonales del cliente mediante la alteración de las abstracciones y suposiciones del cliente. Sin embargo, el reencuadramiento no puede explicar la naturaleza de las abstracciones y las suposiciones del individuo.

La otra alternativa incluye las interacciones terapéuticas que son “ortogonales” a las interacciones habituales de los clientes. Esto sucede cuando el terapeuta enfoca el mundo del cliente con conjeturas y abstracciones que difieren de las del cliente, es decir, cuando el terapeuta refleja, selecciona y desvía la experiencia de forma distinta. El terapeuta puede construir los problemas que abruman al cliente de forma diferente, y también detectar lo que al cliente le pasa por alto. Si el terapeuta convence al cliente que debe examinar sus abstracciones, puede que éste desarrolle nuevas formas de comprensión de sus abstracciones y que se sienta capacitado para emprender cambios.

Como ejemplo de este segundo procedimiento de cambio terapéutico, Efran describe a un cliente que se encuentra enredado en una red de significados que no le permite experimentar el éxito tan anhelado. En vez de intentar persuadirlo de que realmente ha obtenido éxitos, Efran se centra en la red de significados y facilita un proceso mediante el cual el cliente puede revisar estos significados, ajustar sus prioridades, y por lo tanto experimentar más éxitos.

El objetivo de la psicoterapia narrativa de Efran es el desarrollo de unas meta-abstracciones útiles, es decir, narrativas y abstracciones sobre la narrativa y la abstracción. Las meta-abstracciones proporcionan maneras de pensar y hablar sobre la naturaleza y las consecuencias de narrativas y abstracciones, y permiten realinear algunas de nuestras comprensiones y redirigir nuestras experiencias y acciones.

Las narrativas del cliente según Niemeyer

Niemeyer ha estado en primera línea de la aplicación y elaboración de la teoría de los constructos personales de Kelly (1955) durante varios años (por ejemplo, Niemeyer, 1985, 1987, 1993). A pesar de que Kelly y otros seguidores de la teoría del constructo personal han utilizado con éxito los procesos narrativos en su trabajo, las teorías y técnicas de Kelly se utilizan frecuentemente para resaltar la construcción de objetos estáticos más que secuencias de hechos significativos.

Un caso destacable es la rejilla de constructos, que se utiliza para obtener constructos bipolares (por ejemplo, avaro-generoso) que los individuos utilizan para comparar y contrastar personas o cosas. Kelly (1955) reprodujo una rejilla que completó un hombre que había hecho una lista con la gente más importante en su vida. Éste tenía que crear grupos de tres personas, dos de las cuales tuvieran algo en común y la tercera difiriese en este punto. Por ejemplo, este hombre observó que tanto a él como a su ex-novia les gustaba la música, mientras que su hermana no entendía nada de música. El resultado directo de la rejilla fue una lista de los constructos (por ejemplo, *le gusta la música-no entiende de música*) que caracterizaban a las personas de la lista.

Niemeyer (1994), a propósito del diario de una paciente, Mandy, se muestra insatisfecho con la “descontextualización de los antónimos de la rejilla” (p. 230). El “flujo narrativo” del diario de “Mandy” supera las limitaciones de la rejilla. A través del caso narrativo de Niemeyer podemos observar cómo aparecen nuevos significados y posibilidades cuando miramos más allá de las formas que los individuos utilizan para clasificar, representar, y construir individuos y los relatos en los cuales esta gente y cosas se incluyen.

Niemeyer demuestra cómo un cliente puede utilizar las narrativas para organizar y reorganizar su sentido del self, es decir, para “establecer una continuidad del significado de la experiencia vivida por el cliente” (p. 231). La lección para el terapeuta es que si utiliza las narrativas del cliente, puede facilitar el desarrollo de la coherencia personal del cliente.

Divergencias

Existen diferencias significativas entre los enfoques de Niemeyer y de Efran. En primer lugar, la preocupación básica de Efran es el proceso de abstracción/representación. Efran escoge el primer aspecto de la definición de narrativas presentada anteriormente -las narrativas son representaciones- y deja aparte el segundo aspecto. A pesar de que ofrece una admirable descripción de un enfoque terapéutico que usa la narrativa y el lenguaje, no se centra en la importancia de considerar las narrativas opuestas a otros tipos de abstracciones. Sólo hace referencia casual a una distinción entre narrativas y abstracciones.

Por el contrario, Niemeyer resalta el segundo aspecto de la definición de narrativa -que las narrativas están entramadas e implican una secuencia de hechos

significativos. Las narrativas, para Niemeyer, son relatos; la cuestión del lenguaje y la representación se relega a un segundo plano.

La segunda diferencia entre los dos enfoques de la narrativa es que para Niemeyer la narrativa es una materia, es decir, una clase de fenómenos para analizar. Para Efran, la narrativa es más bien una perspectiva. Mientras que Niemeyer utiliza el término *narrativa* para nombrar y categorizar una clase de fenómenos, Efran lo utiliza para delinear una orientación o perspectiva de la psicoterapia. Mientras que lo que preocupa a Niemeyer es que la narrativa se construya de forma que permita diferenciar el proceso narrativo del proceso no-narrativo, Efran no se preocupa de esta diferenciación.

Por eso podemos clasificar la posición adoptada por Niemeyer y Efran como “narrativa como clase de fenómenos” y “narrativa como perspectiva,” respectivamente. En el primer caso, las narrativas son análogas a las características de un paisaje. En el segundo, el concepto de narrativa es la lente a través de la cual se observa el paisaje.

La naturaleza y el significado de estas distinciones puede clarificarse mediante la consideración de una tercera posición constructivista de la narrativa, la de Howard (1989, 1991), cuya posición Niemeyer (1994) diferencia explícitamente de la suya. El artículo de Howard (1991) “Relatos de cultura” fue el artículo principal de un número de la *American Psychologist*, convirtiéndose, consecuentemente, en uno de los ensayos sobre narrativa, escrito por un autor comprometido con la teoría constructivista más leído.

El uso que Howard (1991) hace del término *narrativa* es similar al de Niemeyer y por eso distinto del de Efran, ya que lo considera sinónimo de relato y de la acción de contar una historia.

Sin embargo, la posición de Howard difiere de la de Niemeyer y por lo tanto se acerca a la de Efran, en que Howard no considera la narrativa como una clase distinta de fenómenos. Howard considera el concepto de narrativa como una perspectiva desde la cual se puede visualizar una gran variedad de fenómenos. Las respuestas de los críticos de Howard subrayan la importancia de diferenciar la narrativa como perspectiva y la narrativa como una clase de fenómenos.

Niemeyer critica la concepción de la narrativa de Howard de ser tan general y tan vacía de significado y cita la crítica que Russell y Lucariello (1992) le hicieron por afirmar que, en esencia, todo es narrativa.

Esta crítica no parece injustificada. Howard escribe que la narrativa “muestra la naturaleza relatada de cualquier pensamiento” (p. 187) y pregunta “¿hemos rebajado el pensamiento humano al sugerir que no es *nada más* que relato?” (p. 189, cursiva añadida). Más adelante afirma que incluso “el pensamiento matemático es el hecho de contar una historia” (p.190).

Es fácil notar la apropiación y presunción en el postulado de Howard. La narrativa considerada como un constructo que funciona para clasificar fenómenos

es poco útil si su polo de contraste no tiene referentes. Si todo es narrativa, el término narrativa transmite una distinción sin ninguna diferencia. Además hay una contradicción inherente en la afirmación que la narrativa demuestra la naturaleza relatada del pensamiento, como si éste fuera un hecho con una existencia independiente de nuestra afirmación de que lo es.

Estas dificultades en el argumento de Howard son incluso más evidentes cuando se critica desde la posición en que se considera la narrativa como una clase de fenómenos, es decir, cuando esperamos que el concepto de narrativa distinga entre lo que es narrativa de lo que no lo es. Pero, estas dificultades desaparecen cuando consideramos que Howard adopta una visión de la narrativa como perspectiva. Leyéndolo de esta manera, Howard no afirma que todo pensamiento humano es narrativa o que todo lo que la gente dice o escribe puede considerarse como narrativa. Lo que hace es enseñar cómo uno puede considerar de forma útil todo el pensamiento humano desde una perspectiva narrativa, sujetándola a los medios de análisis y a la terminología desarrollada para el estudio de la narrativa. En este sentido, Howard utiliza la narrativa como una metáfora clave, incluso como una metáfora raíz (Pepper, 1942, 1967; Sarbin, 1986). Otros constructivistas, tales como Mair (1988, 1989a, 1989b) y Sarbin (1986), han adoptado perspectivas radicales similares de la narrativa.

Ya que la perspectiva narrativa de Efran no incluye la diferenciación entre la representación y la narrativa, es mucho menos radical que las perspectivas adoptadas por Howard, Mair y Sarbin. Para Efran, junto con Burke (1935/1984b) y Anderson y Goolishian (1988), los problemas humanos se forman, se tratan y se reforman (o resuelven) en el lenguaje. Todo el pensamiento humano es narrativa, ya que consta de representaciones. El término *narrativa* (tal como Efran lo utiliza en el título de su artículo) representa la categoría supraordenada de “representación.” Esta categoría incluye los relatos, pero es mucho más amplia y por eso aporta pocas especificaciones y distinciones. Libre de estas especificaciones, la perspectiva de la representación es más razonable. Si Howard (1991) hubiese escrito, por ejemplo, “incluso el pensamiento matemático es representación” es difícil imaginar que hubiera recibido tantas críticas -pero quizás no hubiera despertado tanto entusiasmo.

PERSPECTIVA INCONGRUENTE

Lo que los constructivistas tales como Howard, Mair y Sarbin han hecho es tomar lo que normalmente se considera como una categoría subordinada del pensamiento humano, es decir, “la narrativa” o “el hecho de contar una historia” y aplicarla como una categoría supraordenada. Esto significa que estas categorías se aplican a formas de pensamiento humano que generalmente se consideran distintas, incluso opuestas, al hecho de contar una historia. Un examen de esta interesante intervención en el discurso teórico de la psicología ofrece una perspectiva intere-

sante sobre las posibilidades de intervención en el discurso en general.

Este tipo de intervención en el discurso se puede categorizar como una forma que Burke (1935/1984b) denominó “perspectiva incongruente.” Burke, que introdujo este concepto más de 60 años atrás, identificó la perspectiva incongruente con los “tipos de hermetismo que se obtienen mediante la fusión de dos categorías que se creían mutuamente exclusivas” (p. 69). En otra parte, Burke (1937/1984a) se refirió a la perspectiva incongruente como

un método de determinación de situaciones mediante la “rotura del átomo” verbal. Es decir, una palabra pertenece por costumbre a cierta categoría -y mediante un plan racional la arrancas y la aplicas metafóricamente a una categoría diferente. (p. 308).

La perspectiva incongruente se puede entender como una forma radical de metáfora (Kaplan, 1962) ya que implica el compromiso de representar una cosa tal como si fuera otra e incluye una transgresión significativa contra los sistemas de significado actuales (i.e., las “reglas de club” lingüístico).

El concepto de perspectiva incongruente resalta el uso del término *narrativa*, así como también las posibilidades del uso de las narrativas del terapeuta para provocar cambios conceptuales en sus clientes, en él mismo y en sus colegas.

Como ejemplo de perspectiva incongruente, Burke (1935/1984b) sugirió considerar la ciencia como un movimiento religioso. Al violar la división básica entre la ciencia y la religión, destruimos tanto la ideología de que la ciencia implica una búsqueda imparcial del conocimiento como la ideología de que la creencia en Dios es un ingrediente necesario en el compromiso religioso. Cada dominio pierde un poco de su autoridad epistémica y su demanda de posesión de un camino único y privilegiado hacia el conocimiento.

El concepto de perspectiva incongruente presupone una perspectiva constructivista del lenguaje que sostiene que las palabras no son como las etiquetas en los envoltorios de un supermercado. Las palabras no identifican simplemente lo que ya se ha empaquetado y procesado. Las palabras están implicadas en el empaquetamiento, organización, y construcción de las cosas que representan. Incluso las palabras “apropiadas” (i.e., congruentes) suponen una cierta forma de representar, y por eso construir, otra cosa. No hay ninguna esencia de “ciencia,” “religión” o “narrativa” que exista completamente aparte de nuestra manera de entenderlas y nombrarlas.

Tendemos a ser conscientes de la simbolización implicada en la representación -y hablamos de metáfora- cuando utilizamos un término que no es el sancionado para algo. La décima edición del diccionario Webster define la *metáfora* como “una figura del discurso en la cual una palabra o frase que denota literalmente un tipo de objeto o idea se utiliza en lugar de otra” (Merriam-Webster, 1993, p. 730). Una palabra clave en esta definición es *literalmente*, la forma adverbial de *literal*, definida por Webster como “de acuerdo con la letra de las escrituras” y “ceñido al

hecho o construcción ordinaria o significado principal de un término o expresión” (p. 680). De acuerdo con estas definiciones, una metáfora es una desviación de los cánones y normas de representación.

Lentricchia (1985), al escribir sobre la perspectiva incongruente, señaló que “hacer una metáfora es violar el status quo del discurso y la sociedad” (p. 147). En algunos casos, la violación puede ser mínima o puede que la metáfora se haya establecido y dominado hace ya tanto tiempo que se ha convertido en parte de la construcción semi-oficial de la realidad.

Las metáforas incongruentes, es decir, las metáforas que difieren de forma destacada de las formas habituales (ordinarias) de representación del mundo, suponen violaciones significativas de las reglas aceptadas del lenguaje y del discurso. Las reglas violadas pueden ser las reglas observadas por un individuo, una familia, una disciplina académica, o cualquier otra comunidad. Para los críticos literarios tales como Burke y Letricchia, y los psicólogos tales como Kaplan (1962), las metáforas que violan las normas son esenciales para el desarrollo de un discurso que puede desafiar el *status quo*.

Si se describe la ciencia como movimiento religioso, las ecuaciones matemáticas como el hecho de contar historias (Howard, 1991; Mair, 1990), un simposium como un juego misterioso (Efran, 1994), o el hecho que un adolescente prenda fuego como autosacrificio (tal como propone el locuaz terapeuta de Efran, 1994), los terapeutas pueden ir más allá de algunas de las limitaciones del orden conceptual actual y expandir su repertorio conceptual. Mediante la alteración de la perspectiva y los términos pueden hacer comprender la materia putativa, pueden alterar su construcción y permitir tanto a ellos como a sus colegas, o a sus clientes ver cosas que no habían visto antes.

Cuando el cambio de la perspectiva del terapeuta es suficientemente rico en nuevos significados, puede que experimente la prolongación de las implicaciones de su cambio como una serie explosiva de nuevas observaciones o ideas. Por ejemplo, la persona que a toda costa persigue la idea de que la ciencia es una religión puede sugerir o proponer una variedad de ideas -por ejemplo, que muchos científicos son evangelistas que creen que el mundo mejoraría si los que viven en la ignorancia y oscuridad aceptara la iluminación científica, que los científicos tienen una cierta mística a causa de su conocimiento íntimo de las fuerzas invisibles antiguas, y que a menudo se juzga a los científicos por su capacidad de profecía.

La prolongación de estas nuevas observaciones (o ideas) puede ser útil en el caso de una familia con un hijo que a menudo prende fuego en la escuela y en casa, tal como en el ejemplo de Efran (1994). Los padres entendían las acciones de su hijo con un relato sobre piromanía. Observaban el placer aparente en los ojos del niño al ver el fuego arder; parecía obtener una gran gratificación y una descarga emocional al prender fuego. Los padres se sentían abrumados por su impotencia y rabia ante su persistencia por encender fuegos a pesar de sus esfuerzos y súplicas.

¿Qué pasaría si, tal como en el caso que Efran cita, el terapeuta ofreciera a esta familia una interpretación incongruente del acto de prender fuego del niño como un autosacrificio que intenta impedir la ruptura del matrimonio de sus padres? Quizás los padres examinarían su fracaso matrimonial y prestaran atención al temor del niño. Podría ser que observasen que su hijo, a pesar de su aparente indiferencia a sus exhortaciones, realmente se preocupa de ellos y efectivamente es sensible a ellos. Puede que el hijo se dé cuenta de que sus padres son personas con sus propios conflictos y sufrimientos. Puede que también se dé cuenta de su anhelo por formar parte de una familia que se quiere y en la que cada miembro se preocupa por los otros.

En los desarrollos teóricos y terapéuticos, muchas de las innovaciones conceptuales han supuesto una perspectiva incongruente. En el nivel de la teoría, hay una incongruencia aturdidora en

- la representación de Freud de los motivos detrás de las grandes conquistas de la civilización, al considerarlos iguales que los implicados en las funciones corporales más inferiores,

- la representación de Marx de toda la historia como la historia de la lucha de clases,

- la reivindicación de Nietzsche de que el amor cristiano hacia el prójimo es una manifestación patológica del deseo de poder,

- y las narrativas de Skinner sobre las tentativas humanas en términos de relatos de ratas y palomas de laboratorio.

Cada perspectiva, considerada por muchos como perversa y absurda, ofreció una crítica profunda y desafiante de las formas con las cuales la sociedad se entendía.

Las oleadas de nuevas observaciones producidas gracias a estas perspectivas asumieron el aire de revelación. Marx, Freud, y Nietzsche creían que sus perspectivas revelaban las verdades escondidas en el discurso contemporáneo. Trataron las “ilusiones” perpetuadas por el discurso normativo en términos de “falsa consciencia” (Marx), “represión inconsciente” (Freud), y “resentimiento” (Nietzsche). Skinner también creyó a sus oponentes cegados por los prejuicios contemporáneos que conciernen a la “dignidad” y “libertad” humana.

Burke (1935/1984b) retrató la perspectiva incongruente como un factor importante de la psicoterapia en general y el psicoanálisis en particular. En un capítulo titulado *Conversiones laicas: los fundamentos del psicoanálisis*, señaló:

“Al acercarse al altar de la desgracia del cliente con una falta de respeto deliberada, seleccionando un vocabulario que viola específicamente los dictados del estilo y tabúes, cambia por completo la naturaleza de su problema”. (Burke, p. 125)

La perspectiva incongruente también se utiliza como una técnica narrativa explícita. El recuento de relatos en un marco clínico tal como si fueran en realidad relatos distintos tiene una historia larga. Freud volvería a contar sueños, historias de casos, y otros relatos en términos de sus tres estadios: el oral, el anal y edípico.

Seguro que hay una gran incongruencia al recontar la historia de un distinguido coleccionista de arte como un niño de dos años jugando con sus heces.

La terapia conductual también se puede considerar de esta manera, ya que describe las acciones de cualquier objeto vivo -desde poetas a palomas- en términos de modelos de refuerzo o castigo. Cuando estaba estudiando la terapia cognitivo-conductual parecía que algunos de mis éxitos en los tratamientos eran debidos a la adopción por parte del cliente de una perspectiva incongruente previa. A una cliente le asombró la noción de que su amarga y enmarañada relación con su padre era un modelo de conductas aprendidas que podía cambiarse a través de técnicas conductuales. A pesar de que la idea le pareció rara, estuvo de acuerdo en empezar a monitorizar sus interacciones con su familia, tomando nota de ciertas secuencias de pensamientos, conductas, sentimientos y consecuencias, para que pudiéramos diseñar nuestras intervenciones. El hecho de pensar sobre las implicaciones de esta interpretación le llevó a ver la relación y sus opciones de una manera muy distinta. Las interacciones problemáticas que buscó para monitorizar no se realizaron. Su problema casi desapareció antes de que la intervención cognitivo-conductual empezara.

También se puede encontrar la perspectiva incongruente en el trabajo de Kelly (1955). Kelly escuchó los relatos de estudiantes tímidos, angustiados que querían tener amigos, influenciar a la gente y conseguir una cita y, en un acto osado, volvían a contar los relatos como científicos llevando a cabo un experimento. También fue conocido por utilizar interpretaciones inverosímiles de los problemas de los clientes como una forma de permitir el cambio.

La narrativa como perspectiva se puede considerar de forma similar una perspectiva incongruente. Cuando se adopta una perspectiva incongruente, lo que una vez fue no-representado o “desviado” por el discurso actual ahora se puede representar. En otras palabras, lo que una vez fue inconsciente se convierte en parte de la consciencia. Lo que una vez pareció abrumador e inevitable puede convertirse en algo relativamente insignificante. Una perspectiva narrativa radical puede ofrecer a los terapeutas una oportunidad para volver a imaginar la psicología y permitirles percibir sus opciones de forma diferente.

Tanto si se embarcan en conversaciones teóricas o en terapia, la perspectiva incongruente puede ayudar a los terapeutas a romper algunas de las “fijaciones funcionales” lingüísticas vinculadas con sus usos rutinarios de la terminología. La incongruencias que ofrecen nuevas perspectivas pueden crear interacciones ortogonales, recurriendo a los reflejos, selecciones, y desviaciones que el lenguaje y la representación puedan suponer.

A pesar de las poderosas posibilidades de la perspectiva incongruente, hay que tomar algunas precauciones por varias razones.

En primer lugar, puede ser útil distinguir el hecho de contar historias de la ciencia, el altruismo del hecho de prender fuego, y el gran arte de las heces.

En segundo lugar, mientras la transgresión en la perspectiva alcanzada por la incongruencia es emocionante y liberadora para algunos, para otros puede ser una experiencia amenazadora. Antropólogos como Douglas (1982, 1984), Leach (1966, 1976), y Levi-Strauss (1966) han sugerido que el mantenimiento de la categoría es una función social importante que implica la inversión de una gran cantidad de energía social. La transgresión de las distinciones categóricas claves amenaza el orden conceptual. La hostilidad y la resistencia activa (en términos de Kelly y Freud respectivamente) aparece cuando uno desafía la manera en que los otros entienden el mundo. Esto es cierto cuando la incongruencia implica categorías unificadoras a las cuales se les asignan diferentes valores (por ejemplo, los motivos infantiles de la sexualidad adulta o la ciencia como narración).

Además, existe el riesgo de que la perspectiva se convierta en un fin en sí misma. Si nos intoxicamos con la nueva perspectiva disponible, anunciando que primero una cosa y después otra es narrativa, en una serie de manifiestos de narrativas, el término *narrativa* se puede convertir en un eslógan vacío y con poco significado.

Finalmente, la perspectiva incongruente puede convertirse en un nuevo dogma, supeditando otras formas de comprensión del mundo. Si las observaciones hechas a través de la nueva perspectiva asumen el sentimiento de revelación, podemos convertirnos en conversos fervorosos. Los ejemplos del marxismo, la teoría freudiana, y el conductismo presentados anteriormente insinúan los problemas potenciales. Las metáforas igual que revelan, esconden (re-velan: vuelven a cubrir con el velo). El simple cambio de una narración a otra raramente constituye un camino hacia la iluminación. Por ejemplo, en nuestra fusión de los dominios de la ciencia y la religión, nos podemos encontrar arrastrados por una corriente de revelaciones relativas a la religiosidad de la ciencia y “observar” que la institución científica se está convirtiendo en la casta sacerdotal dominante. La revelación se puede “confirmar” con una serie de ideas, por ejemplo, que los científicos extraen centenares de millones de dólares como ofrenda (por ejemplo, becas); que los científicos ejercen poderes coercitivos y asombrosamente retóricos que se utilizan para suprimir la herejía, marginar a los incrédulos, y persuadir las masas a que se sometan a los dictámenes de la ciencia (por ejemplo, que fumar es malo o que la actuación “ritual” de los “experimentos” produce cosas de valor intrínseco llamadas “hechos”), y que incluso los científicos sacrifican animales en algunos de sus rituales.

Nos podemos enganchar tanto a estas revelaciones de nuestra nueva perspectiva que puede ser que la mayoría de las cosas que conocíamos las vayamos perdiendo de vista gradualmente. Las ideas que en principio nos liberan de la dominancia que las versiones de la realidad ejercen sobre nosotros nos pueden esclavizar con una perspectiva del mundo incluso más reducida.

Si lo que queremos es hacer algo más que intercambiar nuestra visión limitada

del mundo por otra, si queremos conseguir el objetivo de Efran de entender algo acerca de cómo nuestras abstracciones forman nuestra experiencia, debemos hacer algo más que abarcar la realidad retratada por nuestra nueva perspectiva. Debemos aprender algo acerca de los procesos mediante los cuales nuestras perspectivas y observaciones cambian. A pesar de que nunca podamos ver más allá de las tinieblas del lenguaje, podemos llegar a entender algo de estas tinieblas y aprender a maniobrar dentro de ellas si podemos desarrollar alguna forma de comprensión y monitorización del proceso de toma de perspectivas. Quizás sea necesario poseer algún sentido del juego o de la creación de metáforas, para evitar perder de vista el *como* y caer en el *es* (por ejemplo, evitar pasar de considerar todo *como* narrativa a decir que todo *es* narrativa).

¿UNA NARRATIVA MÁS TRANSPARENTE?

Las tres orientaciones de la narrativa, que hemos considerado hasta este momento, deben encontrar su propio lugar. Cada una tiene algo que ofrecer. La perspectiva de Efran ofrece una base firme para un enfoque constructivista de la narrativa ya que se basa en una comprensión constructivista de la representación. Su intento de desarrollar comprensiones metanarrativas (en vez de reemplazar viejas historias por nuevas) y consecuentemente incrementar la propia libertad, ofrece unas pautas éticas y terapéuticas para la psicología y psicoterapia narrativa.

Incluso si estamos más interesados en el desarrollo de una perspectiva narrativa en vez de narrativas como una clase de fenómenos, es importante tener una terminología variada y organizada (i.e., diferenciada e integrada) para el análisis narrativo. Como mejor articulemos nuestras concepciones de la narrativa, más útil será la narrativa como perspectiva para el análisis. El mejor momento para el desarrollo de tal terminología es durante el análisis de las narrativas como una clase de fenómenos, tal como propone Niemeyer (1994) y Russell (Russell y Lucariello, 1992). Russell (Russell, van den Broek, Adams, Rosenberger y Essig, 1993) ha progresado a grandes pasos en esta dirección.

La perspectiva radical de Howard, Mair y Sarbin da a la narrativa el poder de desafiar y alterar la estructura del discurso en psicología. El alcance de sus transgresiones culturales puede en parte ser responsable del impacto que han tenido hasta ahora.

Los préstamos frecuentes entre estas tres orientaciones de la narrativa, junto con otros préstamos de críticos literarios y otros que se han ocupado de la narrativa mucho antes de que los psicólogos lo hicieran, pueden conducirnos a un futuro rico en la psicología. Tres ejemplos pueden ilustrar cómo esto podría funcionar.

Mair (1990) y Howard (1991) han considerado el lenguaje científico como la acción de contar historias. Si adoptamos una manera sistemática de considerar el hecho de contar historias, esta metáfora ya tan útil e interesante podría ser incluso más poderosa.

El Pentad de Burke (1969) ofrece una serie de herramientas, los cinco términos que son esenciales para un relato de acción humana: *acción*, *agente* (actor), *objetivo* (motivo), *escena* (contexto o base), y *agencia* (medios, o capacidad). Burke también mencionó, como subcategoría del agente, el “contra-agente”; considero que esto debería ser una sexta categoría -el blanco de la acción.

Creo que es útil considerar varios relatos (incluidos los relatos del Test de Apercepción Temática y los espontáneos) contados por los clientes en términos de estas categorías. Considerar un grupo de relatos juntos me da una idea del repertorio narrativo disponible para el narrador (por ejemplo, la variedad de motivos que atribuye a la gente o la variedad de medios disponibles). Una manera de considerar los relatos individuales es en términos de lo que se descarta o no encaja. Por ejemplo, un hombre casado me contó un relato en el cual no había agente. El relato empezaba, “Se produjeron dos casos de adulterio durante el viaje a Nueva Orleans.” Una profunda culpabilidad le impedía reconocer cualquier autoría en sus acciones.

Si este enfoque narrativo se aplica a la lectura de las publicaciones de investigación psicológica, los resultados son sorprendentes. Consideremos frases como “El objetivo de este estudio es explorar la hipótesis que...” El narrador de la historia no reconoce como suya la autoría, escribiendo como si la hipótesis no la hubiera pensado nadie y el estudio no lo hiciera nadie -es decir, como si se hubiera encontrado el relato en lugar de explicarlo. También se evita la existencia de una audiencia. El contexto en el cual se cuenta el relato se menciona pocas veces o sólo se describe parcialmente. Lo que se ofrece es una perspectiva desde ningún lugar o desde todos los puntos. Los medios y objetivos se escriben de manera muy estilizada. El repertorio de objetivos es muy limitado; el objetivo es siempre solucionar problemas o confirmar o rechazar las hipótesis.

Este no es el lugar para un análisis en profundidad de las publicaciones científicas contemporáneas, pero este análisis narrativo sugiere que el narrador de la investigación no se siente a gusto siendo una persona y con las particularidades que ello supone. Se aísla la red de relaciones humanas en la cual se cuenta un relato. El encubrimiento de la autoría y las estrechas fórmulas de descripción de los objetivos e intereses sugieren el deseo del narrador de no divulgar nada acerca de las particularidades del autor (por ejemplo, intereses y/o deseos).

También se puede usar el Pentad de Burke para elaborar la noción psicoanalítica de la transferencia. La interpretación de los relatos del cliente en términos de transferencia ofrece un relato de (a) impulsos (en los términos de Burke, *objetivos*) (b) transferidos al terapeuta *contra-agente* desde (c) el objeto arcaico (*contra-agente*). Por ejemplo, el cliente puede dirigir la rabia que siente por su padre hacia el terapeuta.

La utilidad del concepto de transferencia se amplía cuando hablamos de narrativas que se transfieren. Podemos considerar uno o más relatos que se repiten en la narración del cliente de la terapia. Por ejemplo, una vez me invadió el

sentimiento de revelación cuando observé que una cliente no sólo me estaba tratando como a su padre, sino que estaba actuando como si se encontrara en una complicada escena de su infancia que incluía a su padre, sus amigos de la niñez, sus hermanos, y su falta de medios eficaces, debido a una larga enfermedad infantil. Más tarde, pareció que ciertas escenas centrales se repitieron secuencialmente a lo largo de su vida y que de forma repetida experimentó relatos que estructuralmente eran similares a varios relatos centrales de su infancia. No sólo me estaba experimentando como a un personaje de su pasado sino que me encontraba en una situación que ella había ensayado durante algún tiempo.

Otra área en la cual la atención a los procesos narrativos puede ser muy útil es en el examen de la formación de “delirios”. Un viernes, en la sala de urgencias de un hospital, me pidieron que asistiera a una mujer católica de 52 años que había estado buscando frenéticamente a un exorcista que pudiera ahuyentar los demonios que habían invadido su casa. La mujer había llenado su casa con imágenes de santos, crucifijos, incienso y velas. Entre las varias llamadas que efectuaba a varios grupos religiosos, se arrodillaba con su rosario invocando la gracia de Dios y los poderes de muchos santos.

El relato que contó fue el siguiente: Junto con su esposo había subido a una buena familia con pocos problemas. Tenían cuatro hijos maravillosos y una nieta. Una de las hijas, que ahora vivía con ella, se había casado con un sinvergüenza y tenían un hijo. El marido desarrolló una conducta abusiva, y al final hija y nieta le dejaron. La nieta ya tenía la edad de hacer la primera comunión, y Satán estaba preparado para invadir la casa y robar el alma de la niña antes de que hiciera la primera comunión. Los demonios también estaban luchando por apoderarse de su hija y su marido. Ya que la comunión era prevista para el domingo, Satán y su comitiva planeaban atacar el sábado.

El relato que la hija contó fue diferente: Siendo niña, había sido víctima de abuso físico por parte de su padre cuando éste estaba borracho. Se marchó de casa a los 16 años porque sentía que se estaba convirtiendo en un objeto sexual para su padre. Éste acostumbraba a mirarle de forma impropia y entrar en su habitación cuando se estaba vistiendo. Recientemente se había enterado que su padre había abusado sexualmente de una de sus hermanas. Odiaba a su padre y odiaba estar con él, pero quería a su madre y por eso lo guardó en secreto. También le preocupaba que su padre pudiera molestar a su nieta, y no quería que asistiese a su primera comunión. Los conflictos con su padre empezaban a definirse.

El padre contó su historia: tenía una hija impulsiva y desobediente que tenía que aprender que “en mi casa tienes que obedecerme.” Había establecido una serie de precondiciones, y el sábado era la fecha límite para aceptarlas.

Cuando pregunté a la madre como es que empezó a creer en un complot satánico, sus respuestas me convencieron de que su historia sobre su feliz y querido clan se había vuelto insostenible. Describió demasiados episodios de tensión,

palabras de enfado, e incluso momentos en que padre e hija se lanzaban objetos para ser verdad. Sin embargo su hija y su padre siempre habían negado que existiese algún problema. Siempre decían, “todo va bien”. Contó que cuando les preguntaba acerca de alguna amenaza disimulada durante la cena o algún plato roto le contestaban que “no sabían de qué estaba hablando”. Su retrato de una familia feliz y cariñosa se volvía confuso e incoherente. Los hechos más sobresalientes, tales como las peleas entre padre e hija, los platos rotos en la cocina, y el desagradable silencio que caracterizaba las comidas familiares no encajaban en un relato sobre una familia feliz.

Dos semanas antes de la consulta, esta mujer leyó en una publicación religiosa un artículo titulado “¿Se encuentran vuestros seres queridos fuera del alcance de Satán?” Conteníó historias sobre posesiones satánicas de casas y gente. En un primer momento pensó que el artículo era una tontería, pero después empezó a considerar si se podría aplicar a su situación. Cuando empezó a considerar el último capítulo de su historia familiar en los términos presentados por el artículo, todo pareció que encajaba, por ejemplo, las conductas del padre y de la hija. Poco a poco, todas las cosas que le habían desconcertado empezaban a tener sentido. Incluso las cosas que la gente decía en la televisión o en la iglesia tenían más sentido considerando el plan de Satán.

En parte, esto podría ser un relato sobre la perspectiva incongruente y las narrativas. También nos explica la lucha de una persona por encontrar una narrativa coherente y lo que puede desentonar en los relatos. Parte de mi tarea terapéutica consistió en ayudarlo a desarrollar un nuevo relato que conservara algunas de las observaciones que había hecho cuando vivía con el relato demoníaco (por ejemplo, que hija y marido se peleaban y se tiraban objetos).

Este relato también apunta a lo que no sabemos acerca de los procesos de formación de narrativas. ¿Qué factores influyen la manera con la cual los clientes cuentan sus relatos en la variedad de contextos en los cuales los cuentan? Pero esto ya es otra historia.

En este artículo primero se presenta el análisis de la representación, para ofrecer una base para la definición de la narrativa como una forma de representación en la cual los hechos se organizan en secuencias significativas. Después de una explicación y comparación de las posiciones en el uso de la narrativa adoptadas por Efran y Niemeyer, se presenta una tercera orientación constructivista más radical de la narrativa en psicología. Esta orientación se basa en el concepto de perspectiva incongruente, un concepto crítico en el análisis del cambio conceptual en muchas áreas, incluyendo la psicoterapia. El desarrollo del concepto de la narrativa en la psicología constructivista se puede fomentar a través de una combinación del análisis de narrativas discretas y una perspectiva narrativa que dirige toda mente humana.

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Nota Editorial:

Este artículo apareció en el *Journal of Constructivist Psychology*, 7: 243-261, 1996, con el título: "Narrative Perspectives in Theory and Therapy". Agradecemos el permiso para su publicación

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- AGATE, A. & BERNER, G. (1978). *A theory of regeneration through involution*. Unpublished manuscript.
- ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H.A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- BURKE, K. (1984a). *Attitudes toward history* (3rd. ed.). Berkeley: University of California Press. (First edition published in 1937).
- BURKE, K. (1984b). *Permanence and change: An anatomy of purpose*. (3rd ed.). Berkeley: University of California Press. (First edition published in 1935).
- BURKE, K. (1966). *Language as symbolic action*. Berkeley: University of California Press.
- BURKE, K. (1969). *A grammar of motives*. Berkeley: University of California Press.
- DOUGLAS, M. (1982). *Natural symbols*. New York: Pantheon Books.
- DOUGLAS, M. (1984). *Purity and danger*. London: Ark Paperbacks.
- EFRAN, J.S. (1990). *Language, structure and change*. New York: Norton.
- EFRAN, J.S. (1994). Mystery, abstraction, and narrative psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 219-227.
- HOWARD, G. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- HOWARD, G.S. (1989). *Tale of two stories: excursions into narrative approach to psychology*. Notre Dame, IN: Academic Publications.
- KAPLAN, B. (1962). Radical metaphor, aesthetic and the origin of language. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 2, 75-84.
- KELLY, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- LEACH, E.R. (1966). Anthropological aspects of language: Animal categories and verbal abuse. In E. Lennenberg (Ed.), *New directions in the study of language* (pp. 23-63). Cambridge, MA: MIT Press.
- LEACH, E.R. (1976). *Culture and communication*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- LENTRICCHIA, F. (1985). *Criticism and social change*. Chicago: University of Chicago Press.
- LEVI-STRAUSS, M.J. (1966). *The savage mind*. Chicago: University of Chicago Press.

- MAHONEY, M.J. (1988a). Constructivist metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M.J. (1988b). Constructivist metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-315.
- MAIR, M. (1988). Psychology as story telling. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 125-137.
- MAIR, M. (1989a). *Between psychology and psychotherapy: A poetics of experience*. London: Routledge.
- MAIR, M. (1989b). Kelly, Bannister, and a story telling psychology. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 1-14.
- MAIR, M. (1990). Telling psychological tales. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 121-135.
- MANCUSO, J.C. & SARBIN, T.R. (1983). The self-narrative in the enactment of roles. In T.R. Sarbin & K. Scheibe (Eds.), *Studies in social identity*. New York: Praeger.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1992). *The tree of knowledge* (rev. ed.). Boston: Shambala.
- MERRIAM-WEBSTER, Inc. (1993). *Merriam Webster's collegiate dictionary* (10th ed.). Springfield, MA: Author.
- MISHLER, E. (1986). *Research interviewing: Context and narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- NEIMEYER, R.A. (1985). *The development of personal construct psychology*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- NEIMEYER, R.A. (1987). Personal construct theory. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychology*, (pp. 224-260). Washington, DC: Hemisphere.
- NEIMEYER, R.A. (1993). Constructivist approaches to the measurement of meaning. In G. Neimeyer (Ed.), *Constructivist assessment* (pp. 58-103). Newbury Park, CA: Sage.
- NEIMEYER, R.A. (1994). The role of client-generated narratives in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 229-242.
- PEPPER, S. (1942). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.
- PEPPER, S.C. (1967). *Concept and quality: A world hypothesis*. La Salle, IL: Open Court.
- PIAGET, J. (1954). *The construction of reality in the child* (M. Cook, Trans.) New York: Basic Books. (Original work published 1937).
- POLKINGHORNE, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- RUSSELL, R.L. & LUCARIELLO, J. (1992). Narrative, yes: Narrative ad infinitum, no! *American Psychologist*, 47, 671-673.
- RUSSELL, R.L., van den BROEK, P., ADAMS, S., ROSENBERGER, K. & ESSIG, R. (1993). Analyzing narratives in psychotherapy: A formal framework for empirical analysis. *Journal of Narrative and Life History*, 3, 337-360.
- SARBIN, T.R. (Ed.) (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In *Narrative psychology: the storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- VINEY, L.L. (1990). Psychotherapy as shared reconstruction. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 437-456.
- WERNER, H. (1948). *The comparative psychology of mental development*. New York: Harper & Row.
- WERTSCH, J.V. (1991). *Voices of the mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

LA NATURALEZA AUTOJUSTIFICATIVA DEL DISCURSO TERAPEUTICO

Julie Gerhardt

California Institute of Integrated Studies

Charles Stinson

University of California, San Francisco

Due to the problems involved in trying to determine the validity of the life history accounts in the psychoanalytically based encounter, the concept of narrative has proven very useful for promoting the view that the client's tellings represent different versions of the truth rather than a truth that exists prior to and independent of the storied constructions, as Freud's archeological model would have it. However, although the irreducibly narrative character of client talk is not contested, the claim developed herein is that client talk is structured around the practice of account-giving, more specifically giving accounts of the self.

Este trabajo es un intento de caracterizar uno de los principios organizadores del discurso terapéutico y, más en particular, el discurso de la *terapia analítica*. El artículo presenta ciertos aspectos del debate en la literatura psicoanalítica que motivan el giro que el discurso terapéutico ha experimentado hacia la narrativa. Exponemos a continuación un resumen de varios modelos narrativos, que nos llevará a proponer la necesidad de un enfoque alternativo para caracterizar el relato del cliente, basado en la tendencia a la autojustificación. Nuestra opinión es que la focalización del cliente en sí mismo se tiene que entender como un efecto discursivo del contexto terapéutico, en particular respecto a las intervenciones del terapeuta que intentan introducir una dimensión reflexiva en la experiencia del propio self.

INTRODUCCIÓN

En la literatura psicoanalítica se ha puesto de relieve que los relatos de las historias de vida que se producen en la terapia se deberían conceptualizar en términos narrativos (Polkinghorne, 1983). El concepto de narrativa es útil para reforzar la idea de que los relatos del cliente representan diferentes versiones de la verdad, más que una verdad *a priori* e independiente de las construcciones

narrativas -tal como sería el modelo del reencuentro con el pasado. La idea de narrativa se centra más en la manera en que se experimenta el presente que en la revelación de recuerdos de un pasado ya enterrado. Sin embargo, incluso si aceptamos la idea del carácter irreductible de la narrativa del cliente como una forma de reconocer su relación problemática con la verdad, el objetivo de este artículo es sugerir que la inclusión del relato del cliente en el género de la narrativa no hace justicia al único tipo de intención que organiza la comunicación en este contexto. Al contrario, la idea es que el relato del cliente se estructura alrededor de la autojustificación de tal modo que, incluso si se introduce material narrativo, funciona como parte de una autojustificación -a menudo a modo de ilustración.

Esto nos lleva a una segunda cuestión. ¿Cómo se deberían caracterizar diferentes tipos de discurso oral que contienen material narrativo? Para tratar esta cuestión, se necesita una definición de narrativa. Sin embargo, el género de narrativa se ha definido de forma tan general que incluye casi cualquier tipo de discurso coherente, o se ha concretado tanto que excluye todo discurso que no se organice alrededor de la resolución de un hecho complejo. Sin embargo, tanto si los relatos se construyen como historias altamente estructuradas (Labov, 1972; Labov & Waletzky, 1967; Mandler & Johnson, 1977; Stein, 1982), o como trozos de discurso que muestran una actividad finalista (Hopper, 1979), lo que se tiende a enfatizar es la acción humana propositiva orientada a un fin, expresada en una secuencia coherente. El análisis del discurso terapéutico es importante desde este punto de vista, ya que nos invita a considerar las limitaciones del modo de representación narrativa en favor de un modo más dialéctico que manifiesta una subjetividad relativamente más conflictiva y destaca la expresión de las actitudes y estados emocionales del cliente.

El enfoque del problema de caracterización del relato del cliente que se desarrolla aquí se basa en distintas teorías discursivo-pragmáticas que señalan el rol formativo del contexto en la creación del significado (Brown & Yule, 1983; Duranti & Goodwin, 1992; Gumperz, 1982; Levinson, 1983; Schegloff & Sachs, 1973). En otras palabras, el relato no sólo ocurre en un contexto, sino que se organiza con respecto a ciertas características de dicho contexto. Aplicar esta idea al relato que se produce en terapia narrativa sugiere que, más que considerar el relato del cliente como una forma discursiva neutral, utilizada para representar un conjunto de hechos de su vida, el discurso mismo se organiza en base a unas características particulares de la demanda inherentes a este tipo de encuentro -específicamente, el conjunto particular de hipótesis teóricas analíticas que constituyen las preconcepciones profesionales de la naturaleza del malestar psicológico. Estas preconcepciones funcionan como “características de la demanda” en el sentido que estructuran el modo particular de intervención del terapeuta y, en consecuencia, la forma de participación del cliente en la terapia, incluyendo su respuesta (Gerhardt & Stinson, en prensa). Esta idea se apoya en otros descubrimientos del análisis del discurso en

los cuales diferentes tipos de narrativa (por ejemplo: argumentos, narraciones, descripciones, discurso explicativo, discusiones, terapia radiofónica, etc.) se organizan de acuerdo con el tipo de tarea que se lleva a cabo (Gaik, 1992; Gerhardt, 1989; Gerhardt & Savasir, 1986; Hopper, 1979; Jefferson, 1988; Polanyi, 1989; Schriffirin, 1987; von Stutterheim & Klein, 1989).

La idea de que la terapia analítica funciona como un contexto diferente, que genera un cierto tipo de narrativa se puede escuchar en recientes discusiones interdisciplinarias de psicoterapia, que afirman que incluso la consideración de un trastorno emocional en términos de salud mental depende de un marco de prácticas y creencias situadas históricamente (Adler, 1988; Foucault, 1965, 1979; Kleinman, 1988; Labov & Franshel, 1977; Lakoff, 1990; Masson, 1988; Mishler, 1984, 1986; Oremland, 1991). Las hipótesis institucionalizadas sobre la naturaleza de la desviación social, la responsabilidad personal, la cura, el rol del terapeuta como médico y el cliente como paciente, los códigos interpretativos empleados por el terapeuta, etc., todos juntos determinan el tipo diferencial de intención que organiza la comunicación en este contexto.

EL GIRO NARRATIVO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Para entender el giro hacia la narrativa como una metáfora de los relatos de vida, presentamos una breve sinopsis del modelo arqueológico ya que forma la base de la crítica narrativa.

El modelo arqueológico.

Lo que ha llegado a denominarse “modelo arqueológico” en la teorización psicológica se basa en una idea básica: el trastorno psicológico se puede aliviar si se sacan a la luz los recuerdos reprimidos. En la introducción a los *Estudios sobre la Histeria*, Breuer y Freud (1936) comparten la idea de que los “síntomas del individuo histérico desaparecen inmediatamente sin nuevas recaídas si se consigue despertar los recuerdos del proceso causal con su afecto acompañante” (p.3). En su discusión del caso Elizabeth v. R., Freud se refiere a dichos recuerdos como “secretos”, cuyos contenidos se evitaban debido a su naturaleza traumática; trazando, además, el desarrollo de su técnica -desde la hipnosis, a través de la sugestión, hasta la libre asociación- como medios para sonsacar a sus clientes estos secretos. No sólo se deben reproducir las escenas traumáticas originales, sino que además, tal como propone su modelo energético, el afecto acompañante deber ser objeto de abreacción - es decir, de descarga. Por eso la incapacidad de Ana O. para beber, y su “sed torturadora”, se solucionan cuando recuerda el asco que le producía el ver al perro de su tutora inglesa bebiendo de su vaso; pero a la que se abstiene de regañar a fin de evitar el enfrentamiento. Sólo después de que Ana O. fue capaz de dar una “expresión energética a su enfado reprimido, pidió algo para beber y sin ninguna inhibición bebió mucha agua”, así pues, “el trastorno desapareció para

siempre”. De aquí la idea de que si se evoca el recuerdo reprimido que ocasiona el síntoma, y con él la descarga del afecto, el síntoma desaparece. Freud compara la tarea del analista de exhumar fragmentos enterrados del pasado olvidado con el trabajo de un arqueólogo de “excavar una ciudad enterrada” (p.99).

Críticas al modelo arqueológico: verdad narrativa.

Las críticas a este modelo van desde la más radical a la más conservadora. Las críticas más radicales rechazan el intento de separar los hechos que sucedieron “realmente” de la construcción verbal de estos hechos (Schafer, 1983; Spence, 1982, 1987; Steele, 1986; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Wyatt, 1986). Concretamente, según Schafer (1983) “no existen datos psicoanalíticos puros, objetivos y autónomos que, tal como a Freud le gustaba decir, le obligan a uno a extraer ciertas conclusiones” (p.212). Al contrario, el psicoanálisis funciona como una “disciplina interpretativa” que ofrece un conjunto de códigos para generar clases particulares de significados e incluso para seleccionar los datos relevantes. Schafer se refirió a estos códigos como estructuras narrativas y argumenta que forman el contenido de las intervenciones del terapeuta. A lo largo del tiempo, la narrativa del cliente se ha transformado mediante la incorporación de aspectos de los temas psicodinámicos incluidos en las intervenciones interpretativas del terapeuta de forma que eventualmente a través de un “intercambio de textos, ... emerge un trabajo co-construido y radicalmente nuevo” (Schafer, 1983, p.129).

De forma similar, Spence (1982, 1987) mantiene que la escucha analítica no es inocente sino que siempre tiene lugar considerando una serie de creencias e hipótesis que ofrecen un marco para la comprensión. El problema con los preceptos técnicos de la “libre asociación” y “la atención flotante” es que no se reconoce el papel de la interpretación y la selección, creando la ilusión de la escucha teóricamente libre además de la creencia de que, dado el uso de la técnica correcta, el terapeuta tiene acceso a la verdad. Sin embargo, según Spence, la *verdad narrativa* se confunde con la *verdad histórica*. La elaboración de la idea de verdad narrativa de Spence se basa en la idea hermenéutica de que el significado depende, en parte, de quién está escuchando y con qué conjunto de hipótesis lo hace, de lo cual concluye que el analista “no debería buscar formas de cancelar la contratransferencia o de crear el modelo del analista, libre de proyección... sino más bien..., intentar identificar qué modos se están proyectando para ocasionar este tipo de comprensiones” (p.59).

En contraste, las críticas más conservadoras del modelo arqueológico reconocen que ocurren hechos históricos reales o esquemas psicológicos, que ponen restricciones al intento interpretativo. Sin embargo, de la misma forma que los más radicales, los críticos moderados mantienen que el intento de la pura descripción de este fenómeno es inútil sin la mediación de un modelo teórico. Se necesitan, por tanto, varios modelos, cada uno de los cuales señala un aspecto diferente del

funcionamiento psicológico del cliente (Bucci, 1989; Cooper, 1987; Pine, 1990).

Este estudio contribuye al debate sobre la naturaleza de la narrativa del discurso terapéutico cuestionando la idea de que la narrativa *per se* es la mejor manera de caracterizar el relato del cliente. Respecto a los problemas epistemológicos mencionados anteriormente, el concepto de narrativa es extremadamente útil para recordarnos que los relatos del cliente siempre son el producto de una construcción particular, determinada en parte por el contexto intersubjetivo. Sin embargo, con respecto a un problema diferente -el de la mejor comprensión de la naturaleza del relato del cliente- la posición que se toma aquí es que concebir estos relatos como narrativas y nada más sobresimplifica crucialmente el intento subyacente que organiza el relato en este contexto. Para apoyar esta idea, ofrecemos un breve resumen de la literatura lingüística sobre narrativa más relevante.

NARRATIVAS

La definición clásica de la narrativa oral la ofrecen Labov y Waletzky (1967) y Labov (1972) que la definen en base a tres características fundamentales: proposiciones secuenciadas, que corresponden al orden de los hechos relatados; referencia al tiempo pasado; y un conjunto de cinco o seis partes ordenadas serialmente (resumen contextual inicial, propósito, acción compleja, evaluación, resolución y coda). Una narración mínima incluye al menos dos proposiciones secuenciadas con una evaluación del hecho complejo. Según Hopper (1979), el narrador organiza el relato de forma que se puedan distinguir los hechos dinámicos más relevantes frente a los relativamente más descriptivos, que constituyen el material secundario. Las proposiciones relevantes muestran generalmente acciones altamente cinéticas desarrolladas por un agente volitivo que lleva a cabo un objetivo determinado y, como tal, tiende a ser secuenciada con respecto a una estructura temporal lineal; las proposiciones secundarias tienden a presentar descripciones estáticas de la escena o de los motivos del agente y por eso no se presentan de forma secuencial (Hopper, 1979; Hopper & Thompson, 1980).

A pesar de estas definiciones, todavía existe un debate considerable acerca de la naturaleza de la narrativa ya que dichas definiciones pertenecen exclusivamente al género *narrativo*. No todas las narrativas, sin embargo, adoptan esta forma. Según Polanyi (1989), los relatos son únicos ya que exigen al orador “el establecimiento de un punto de vista del mundo compartido tanto por el narrador como por el receptor” (p.16).

La función de establecer un punto de vista en el modelo de Polanyi es similar al componente evaluativo de Labov -los hechos de la narración se presentan por una razón, por ejemplo, para plantear un tema de interés personal tanto para el orador como para el oyente. En contraposición, un *informe* consiste en una lista de hechos sobre los cuales el narrador no tiene que resaltar nada; el mismo contexto establece la razón de su ocurrencia (Polanyi, 1989). Reissman (1991) también identifica otras

formas no contadas del discurso narrativo que se basan en estructuras diferentes y se organizan en términos de diferentes intencionalidades: narraciones habituales, hipotéticas, y de aproximación-evitación.

A pesar de que existen varias formulaciones del género narrativo oral, (e.g., “gramática del relato”, ver Mandler & Johnson, 1977; Stein, 1982), este breve repaso es suficiente para apoyar la siguiente idea: en la mayoría de los relatos *se prescinde de los tipos de entrada del orador*. Es decir, las actitudes del orador, evaluaciones reflexivas del self, y/o reacciones emocionales hacia los hechos relatados se relegan a un segundo plano. (Para una crítica similar ver Reissman, 1991). En el marco propuesto por Labov y Hopper, ni la expresión de la emoción ni la expresión de la actitud del orador figuran como tropos independientes con derecho propio, sino que son tratados o como comentarios evaluativos de los hechos de la historia principal o como material descriptivo secundario. Es como si la evaluación del orador se considerara periférica -una manera de adornar los hechos. Por el contrario, el énfasis de Polanyi en establecer un punto de vista reconoce el rol del narrador a la hora de estructurar la narrativa. Además, Polanyi arguye que ciertas proposiciones durativo-descriptivas pueden comunicar estados de los hechos que son tan significativos como las proposiciones que codifican las acciones secuenciadas. De esta forma, se define un nuevo tipo de discurso en el cual las reacciones emocionales del narrador constituyen la cuestión central mientras que la información sobre los hechos juega un papel subordinado.

Dado el modelo de Polanyi, ¿qué se gana con el intento de caracterizar el discurso del cliente como autojustificaciones? ¿Porqué no tratar la terapia del discurso como un tipo de narrativa con la idea que, en este tipo de discurso, el objetivo del cliente es transmitir reacciones emocionales de los hechos más que los hechos *per se*? A pesar de que esta formulación tiene la ventaja de estar al alcance de la narrativa, no retiene el tipo distinto de intención que organiza el discurso en este contexto -es decir, el intento de inducir al cliente a evaluar hechos en términos de sus significados personales (es decir de las evaluaciones y respuestas emocionales a los hechos del cliente). Efectivamente, de acuerdo con Polanyi (1989), Labov y Waletzky (1972), y Schiffrin (1987), en otros géneros narrativos, el narrador establece puntos de vista sobre distintos temas, no necesariamente sobre sí mismo, sugiriendo que el tipo de discurso utilizado en la terapia se organiza mediante otros principios.

INTERPRETACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA.

El intento de desarrollar una perspectiva del discurso terapéutico en términos de la función autojustificativa deriva del artículo de Loewald (1971), “*On Motivation and Instinct Theory*”, en el cual el psicoanálisis se define en términos de una actividad interpretativa. Sin embargo, de acuerdo con Loewald, lo que distingue la interpretación psicoanalítica de los otros planteamientos interpretativos es la

distinta “hipótesis fundamental” sobre la que se llevan a cabo las interpretaciones -a saber, que “todo lo que transpira se halla *personalmente motivado*” (p. 103) Esto significa que tanto el contenido del material del cliente como su ocurrencia en un momento particular en la terapia tiene un significado personal para el cliente. En palabras de Loewald, “lo que el paciente revela se halla internamente motivado y no es simplemente un hecho aleatorio o determinado por fuerzas exteriores a él” (p. 103). Esta idea se ilustra con el caso de una mujer que siente la compulsión de matar a su hijo -una compulsión que se considera inicialmente como una fuerza impersonal, pero que se entiende como un medio de gratificación de ciertos sentimientos negativos que guarda respecto a su esposo y por último a su padre. Como dice Loewald, “Lo que era una fuerza impersonal, sin relación, impulsiva, se ve integrada en una red de motivaciones personales” (p. 105). En este contexto, la *motivación personal* se refiere a la fantasía particular inconsciente, que presumiblemente se ve gratificada por un síntoma, de otra manera incomprensible.

De forma similar, Schafer (1983) sugiere que “en el transcurso del análisis, el analizado construye narrativas de agentividad personal cada vez más independientes, convincentes y seguras. Las cuestiones importantes que se plantean conciernen a la agentividad personal, y las respuestas importantes redistribuyen las atribuciones de actividad y pasividad”. (p. 226).

Mientras que el principio interpretativo de Loewald se mueve en torno al “significado personal” y la “motivación personal,” el de Schafer se centra en la “agentividad” del cliente en la causación de los hechos perturbadores. Sin embargo, de acuerdo con Ogden (1986), las interpretaciones basadas en la “agentividad” sólo son relevantes para las experiencias psicológicas asociadas con la “posición depresiva” de Klein (1946); los fenómenos psicológicos “paranoide-esquizoide” requieren interpretaciones basadas en la experiencia del cliente de ser un “objeto” sobredeterminado por fuerzas exteriores. Bucci (1993) ofrece un enfoque un tanto diferente del problema de la interpretación; la interpretación psicoanalítica tiene que revelar “los significados emocionales” de los hechos más que sus significados objetivos (ver también Lear, 1990).

Cualquiera que sea la variante que uno escoja, la cuestión es que la terapia analítica no se puede interpretar de forma neutral -tal como la metáfora de la pantalla de Freud lo haría suponer- sino que impone ciertos parámetros y/o restricciones al proceso interpretativo, consistente en intentos de inducir al cliente a evaluar su experiencia en términos de un conjunto nuclear de significados subjetivos (por ejemplo, experiencia personal, motivación personal, significado emocional, agentividad, y responsabilidad” (p. 78). Estos significados se clarifican mediante las intervenciones interpretativas del terapeuta. Dada la naturaleza dialéctica del proceso terapéutico, las interpretaciones funcionan para transformar o “reestructurar todo aquello que está sujeto a la interpretación” (Loewald, 1971, p. 104) de manera que a lo largo del tiempo el cliente tienda a considerar los hechos desde

dentro de la esfera de estos significados personales. Este proceso también se puede considerar en términos más cognitivos como una “re-esquematación” (Horowitz, 1990; Stinson, 1991): un proceso durante el cual ocurre un cambio en la organización subyacente de los esquemas del cliente -en parte debido a las intervenciones del terapeuta durante el proceso de terapia. De hecho, la existencia de un modelo interpretativo que se mueve alrededor de la exploración intensiva de la subjetividad del cliente no sólo deriva hacia una práctica de autoinvestigación incesante, sino que también ha llevado a ciertos teóricos contemporáneos a sugerir que la idea de poseer un self y ser un sujeto consciente se constituye a través de prácticas sociales situadas históricamente como el confesionario y el diván (Foucault, 1965, 1978, 1986; Gergen, 1991).

Un ejemplo propuesto por Schneider (1991) ilustra el impacto presumible de este modo de intervención. Para demostrar el propósito estratégico de una teoría heurística orientada a la autoinvestigación, Schneider presenta el caso bastante común del cliente cuya presentación, desde el punto de vista del terapeuta, remite a una muestra de enfado. Una intervención tan simple como “¿Qué sentías en aquel momento?” funciona no sólo para obtener la información requerida, sino también para sugerir al cliente “la importancia o el significado de la situación para él” (p. 556) -es decir, su significado personal. Además, la cuestión transmite un “elemento evaluativo” ya que el terapeuta está diciendo algo sobre la naturaleza de la situación (lo que es o debería ser realmente) para cualquier observador/participante” (p. 556). La forma característica cómo actúan las preguntas del terapeuta en la terapia analítica viene indicada por Lakoff (1991) cuando dice: “Incluso cuando un terapeuta expresa algo que es formalmente una declarativa como ‘parece que tuvieras miedo de tu padre’ puede ser entendido por el cliente -más allá de las intenciones del terapeuta- como una pregunta para obtener más información: ‘¿sentías realmente miedo de tu padre?’”. La cuestión es que la intervención interpretativa produce las condiciones para reinterpretar el material en términos del tono emocional experimentado de nuevo por el cliente.

Además, la naturaleza distintiva de la psicoterapia -como una práctica en la cual uno trabaja y reconstruye su propia biografía durante un diálogo con otro- es otro factor que invita a centrarse en el self. Efectivamente, la estructura del discurso de un cliente ilustra la idea de Freccero (1986) que cualquier género autobiográfico -cualquier retrato de la forma del self desde una posición retrospectiva- fuerza una separación entre el self como sujeto (narrador/evaluador) del self como objeto (personaje/experimentador) de tal forma que el self como sujeto no sólo explica sino que también evalúa las experiencias del self como objeto.

Adicionalmente, ciertas recomendaciones técnicas para el terapeuta también llevan a centrarse en el self y a utilizar la metáfora del yo dividido. Las propuestas que conciernen a la “alianza terapéutica” (Zetzel, 1956) y la “alianza de trabajo” (Greenson, 1967) se basan en un modelo del yo dividido en el cual se induce al yo

del cliente que observa a separarse del yo que experimenta o es observado para crear una identificación con el terapeuta. Ambas fórmulas no sólo presuponen un yo capaz de asumir los roles heterogéneos del observador y el observado, sino que también como recomendaciones técnicas constituyen un intento de inducir al terapeuta a intervenir de tal forma que el cliente establezca un separación en su yo para poder observar -incluso analizar- la experiencia del yo.

AUTOJUSTIFICACIONES

La razón para recurrir al concepto de autojustificación para caracterizar el discurso del cliente es que encaja bien con el quehacer terapéutico. Según Scott y Lyman (1968), las autojustificaciones difieren de las declaraciones habituales en que las primeras ofrecen algún tipo de explicación. Sin embargo, las autojustificaciones también difieren de las explicaciones normales por el hecho de que estas últimas se refieren a declaraciones donde “las acciones negativas no constituyen un problema” (p. 47). En contraposición, una *autojustificación* se define como “*un instrumento lingüístico que se utiliza cuando una acción está sujeta a una investigación evaluativa*” (p.46). Normalmente, cuando se da una justificación es porque algo ha ido mal en la vida de una persona, que necesita ser entendido; la justificación funciona para “explicar la conducta anticipada o negativa” (p. 46). La fórmula de Scott y Lyman deriva de la idea de Austin (1979) de que las justificaciones se dan cuando se ha producido algo “malo, incorrecto, inadecuado, desagradable, o negativo en cualquiera de sus formas” (p. 176). Cabe señalar que lo que finalmente identifica una pieza discursiva como una justificación es el contexto -la hipótesis de que ha ocurrido algún tipo de perturbación en el comportamiento que el cliente necesita explicar.

Otro criterio de la naturaleza de las autojustificaciones se encuentra en la elaboración del trabajo sobre prácticas justificativas de Garfinkel (1967) hecha por Shotter (1984). Shotter (1984) afirma que una justificación tiene la función de dar cuenta de una actividad “como *tal*” (p. 11). Es decir, una autojustificación explica una acción en términos del significado de esta acción para el cliente. Si consideramos los parámetros para formular justificaciones, Shotter (1984) sugiere que las justificaciones se dan “*en términos psicológicos* que se refieren a los estados mentales de la gente, a sus creencias, motivos, deseos, percepciones, imaginaciones y demás” (p. 11) y varían de acuerdo con las características de la demanda del contexto en el que se producen.

Si los tipos de autojustificaciones varían según el contexto, los tipos de autojustificaciones específicas en una terapia analítica no serán las que explican lo anómalo como una manifestación de lo cotidiano, tal como en las prácticas habituales. A pesar de que la terapia se pueda iniciar en tales términos, más adelante las autojustificaciones dadas/inducidas tenderán a referirse a motivos inconscientes ya que se implican como factores causales de la vida del cliente (Goldberg, 1991).

Efectivamente, según Peters (1958), los tipos de justificaciones relevantes al psicoanálisis son aquellas que explican la conducta desviada como efectos de procesos mentales inconscientes (motivos) como opuestas a las justificaciones más habituales de la acción humana en términos de objetivos específicamente intencionales y conscientemente perseguidos (razones; ver también Searle, 1983).

Resumiendo, el hecho que una persona acuda a la psicoterapia sugiere que algo ha ido mal en la vida de esta persona lo cual le está causando problemas. Según la literatura que se ha repasado, el sentimiento que tienen el cliente de que algo está o va mal le lleva a dar una justificación. Desde el punto de vista del terapeuta, la tarea analítica es tal que también funciona para inducir al cliente a dar autojustificaciones -en este caso, justificaciones que se mueven alrededor de temas psicoanalíticos de motivación personal y agentividad inconsciente. Nuestra conclusión es que estos factores colaboran a modelar el discurso del cliente en un tipo particular de práctica autojustificativa. Esto no impide que el cliente explique experiencias particulares de su vida -y hasta este punto las cronologías narrativas lo consiguen. Sin embargo, dada la presión para evaluar estas experiencias en términos de sus significados personales, se sugiere que la expresión del significado personal sirve como principio organizador para los relatos del cliente en el contexto terapéutico. Como tal, se desarrolla un modo distinto de discurso, que toma las distintas formas de autoexpresión y autoevaluación. Cabe señalar que el self es *objeto* así como también *sujeto* de este tipo de discurso y que lo que se explica viene a ser una expresión y evaluación de este self.

Debido a los problemas existentes en la determinación de la validez de los relatos de vida en la entrevista psicoanalítica, se ha utilizado el concepto de narrativa para reforzar la idea de que los relatos del cliente representan diferentes versiones de la verdad más que una verdad a priori, independiente del relato, tal como establece el modelo arqueológico de Freud. Sin embargo, aunque no se cuestiona el carácter narrativo de la historia del cliente, lo que se quiere mostrar aquí es que el discurso del cliente se estructura alrededor de la justificación -y más en concreto de las autojustificaciones.

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Nota Editorial:

Este artículo apareció en el *Journal of narrative and life history*, 1994, 4 151-191, con el título "The nature of therapeutic discourse: accounts of the self". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ADLER, N. (1988). *Jacques Lacan*. Manuscrito no publicado.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: Author.
- AUSTIN, J. (1979). *A plea for excuses*. Philosophical papers. In J.O. Urmson & G.J. Warnock (Eds.), *Austin: Philosophical papers* (pp. 175-204). New York: Oxford University Press.
- BAMBERG, M. (1991). Narrative as perspective talking: The role of emotionals, negations and voice in the construction of the story realm. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 275-290.
- BRENNER, C. (1982). *The mind in conflict*. New York: International Universities Press.
- BREUER, J. & FREUD, S. (1936). *Studies in hysteria*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing.
- BROWN, G. & YULE, G. (1983). *Discourse analysis*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- BUCCI, W. (1986). *Referential activity rating manual*. Manuscrito no publicado.
- BUCCI, W. (1989). A reconstruction of Freud's tally argument: A program for psychoanalytic research. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 244-281.
- BUCCI, W. (1993). The development of emotional meaning in free association: A multiple code theory. In J. Gedo & A. Wilson (Eds.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis* (pp. 3-47). New York: Guilford.
- BUTTERWORTH, B. (1975). Hesitation and semantic planning speech. *Journal of psycholinguistic Research*, 4, 75-87.
- CHODOROW, N. (1989). Toward a relational individualism: The mediation of self through psychoanalysis. In N. Chodorow (Ed.), *Feminism and psychoanalytic theory* (pp. 154-162). New Haven, CT: Yale University Press.
- COOPER, A.M. (1987). Changes in psychoanalytic ideas: Transference interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 77-98.
- DEESE, J. (1984). *Thought into speech: The psychology of language*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- DURANTI, A & GOODWIN, C. (1992). *Rethinking context*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- FOUCAULT, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Random House.
- FOUCAULT, M. (1979). *The history of sexuality: Vol. 1. An introduction*. New York: Random House.
- FOUCAULT, M. (1986). *The history of sexuality: Vol. 3. The care of the self*. New York: Random House.
- FRECCERO, J. (1986). Autobiography and narrative. In T. Heller, M. Sosna & D. Wellbery (Eds.), *Reconstructing individualism: Autonomy, individuality, and self in western thought* (pp. 16-19). Stanford, CA: Stanford University Press.
- GAIK, F. (1992). Radio talk-show therapy. In A. Duranti & C. Goodwin (Eds.), *Rethinking context* (pp. 271-289). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- GARFINKEL, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- GEE, J.P. (1991). A linguistic approach to narrative. *Journal of Narrative and Life History*, 1, 15-39.
- GEIS, M. & ZWICKY, A. (1971). On invited inferences. *Linguistic Inquiry*, 11, 561-566.
- GERGEN, K. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity and contemporary life*. New York: Basic Books.
- GERHARDT, J. (1989). Monologue as a speech genre. In K. Nelson (Ed.), *Narratives from the crib* (pp. 171-230). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GERHARDT, J. & SAVASIR, I. (1986). The use of the simple present in the speech of two 3-year-olds: Normativity not subjectivity. *Language in society*, 15, 501-536.
- GERHARDT, J. & STINSON, C. (in press) "I don't know": Resistance or groping for words? The construction of analytic subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*.
- GILL, M. (1954) Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 771-797.
- GIVON, T. (1982). Logic vs. pragmatics, with human language as the reference: Toward an empirically viable epistemology. *Journal of Pragmatics*, 6, 81-113.
- GOLDBERG, S. (1991). Patients' theories of pathogenesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 60, 245-275.
- GREENSON, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- GRUNBAUM, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis: A philosophic critique*. Berkeley: University of California Press.
- GUMPERZ, J.J. (1982). *Discourse strategies*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

- HABERMAS, J. (1968). *Knowledge and human interests*. Boston: Beacon.
- HALLIDAY, M.A.K. & HASAN, R. (1976). *Cohesion in English*. New York: Longman.
- HOPPER, P. (1979). Aspect and foreground in discourse. In T. Givon (Ed.), *Syntax and semantics, Vol 12. Discourse and syntax*. New York: Academic.
- HOPPER, P. & THOMPSON, S.A. (1980). Transitivity in grammar and discourse. *Language*, 56, 251-299.
- HOROWITZ, M. (1990). A model of mourning: Changes in schemas of self and other. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 297-324.
- HOROWITZ, M., STINSON, C., FRIDHANDLER, B., EWERT, M., MILBRATH, C. & REDINGTON, D. (1994). *Pathological grief: An intensive case study*. Manuscript submitted for publication.
- HOROWITZ, M. STINSON, C. & RUFFINI, J. (1991). *Program summary. Report: Program on conscious and unconscious mental processes of the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation*.
- JEFFERSON, G. (1988). On the sequential organization of troubles-talk in ordinary conversation. *Social Problems*, 35, 8-31.
- KLEIN, M. (1975). Notes on some schizoid mechanisms. In *Envy and gratitude and other works. 1946-1963*. (pp. 1-24). New York: Delacorte.
- KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human conditions*. New York: Basic Books.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- KOHUT, H. (1979). The two analyses of Mr. Z. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60, 3-27.
- KYRATZIS, A. (1992). *Beyond semantic meaning: Expressive and textual meanings of cause and temporal connectives in narrative*. Paper presented at the meeting of the American Association for Applied Linguistics, Seattle, WA.
- LABOV, W. (1972). The transformation of experience in narrative syntax. In *Language in the inner city*. (pp. 354-396). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- LABOV, W. & FANSHIEL, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic.
- LABOV, W. & WALETSKY, J. (1967). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. In J. Helm (Ed.), *Essays on the verbal and visual arts* (pp. 12-14). Seattle: University of Washington Press.
- LAKOFF, R. (1990). The talking cure. In *Talking power: The politics of language in our lives*. New York: Basic Books.
- LEAR, J. (1990). *Love and its place in nature: A philosophical interpretation of Freudian analysis*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- LEVINSON, S.C. (1983). *Pragmatics*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- LOEWALD, H.W. (1980). On motivation and instinct theory. In *Papers on psychoanalysis* (pp. 102-137). New Haven, CT: Yale University Press.
- MASSON, J.M. (1988). *Against therapy*. New York: Atheneum.
- MCCABE, A. & PETERSON, C. (1985). A naturalistic study of the production of causal connectives by children. *Journal of Child Language*, 12, 145-159.
- MCCABE, A. & PETERSON, C. (1988). A comparison of adult's versus children's spontaneous use of *because* and *so*. *Journal of Genetic Psychology*, 149, 257-268.
- MANDLER, J.M. & JOHNSON, N. (1972). Remembrance of things passed: Story structure and recall. *Cognitive Psychology*, 9, 111-151.
- MERGENTHALER, E. (1985). *Textbank systems. Computer science applied to the field of psychoanalysis*. New York: Springer-Verlag.
- MERGENTHALER, E. & STINSON, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 125-142.
- MISHLER, F. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- MISHLER, E. (1986). The analysis of interview-narratives. In T. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 233-255). New York: Praeger.
- OGDEN, T. (1986). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Aronson.
- OGDEN, T. (1991). Analyzing the matrix of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72, 593-605.
- OREMLAND, J. (1991). *Interpretation and instruction: Pschoanalysis or psychotherapy?*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- ORNSTEIN, A. (1991). The dread to repeat: The comments on the working through process in psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 39, 377-398.
- PETERS, R.S. (1958). *The concept of motivation*. London: Routledge & Kegan Paul.
- PINE, F. (1990). *Drive, ego, object and self: A synthesis for clinical work*. New York: Basic Books.
- POLANYI, L. (1989). *Telling the American story: A structural and cultural work*. New York: Basic Books.
- POLKINGHORNE, D.E. (1991). Narrative and self-concept. *Journal of Narrative and Life History*, 1, 135-153.
- REISSMAN, C.K. (1991). Beyond reductionism: Narrative genres in divorce accounts. *Journal of Narrative and Life History*, 1, 41-68.
- RICOEUR, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- SCHAFFER, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- SCHAFFER, R. (1983). Narration in the psychoanalytic dialogue. In *The analytic attitude* (pp. 212-239). New York: Basic Books. (Original work published 1980).
- SCHEGLOFF, E. & SACKS, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 7, 289-327.
- SCHIFFRIN, E. (1987). *Discourse markers*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- SCHNEIDER, P. (1991). The analyst's questions to his patient: *Contemporary Psychoanalysis*, 29, 552-573.
- SCOTT, M.D. & LYMAN, S. (1968). Accounts. *American Sociology Review*, 33, 46-82.
- SEARLE, J. (1969). *Speech acts*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- SEARLE, J. (1983). *Intentionality: An essay in the philosophy of mind*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- SHOTTER, J. (1984). *Social accountability and selfhood*. Oxford, England: Blackwell.
- SILVERSTEIN, M. (1976). Shifters, linguistic categories and cultural description. In K. Basso & H. Selby (Eds.), *Meaning in anthropology* (pp. 11-55). Albuquerque: University of New Mexico.
- SPENCE, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.
- SPENCE, D.P. (1987). *The Freudian metaphor: Toward paradigm change in psychoanalysis*. New York: Norton.
- SPENCE, D.P., MAYES, L. & DAHL, H. (1994). Monitoring the analytic surface. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 43-63.
- STEELE, R. (1986). Deconstructing histories: Toward a systematic criticism of psychological narratives. In T. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 256-275). New York: Praeger.
- STEIN, N. (1982). The definition of a story. *Journal of Pragmatics*, 6, 487-507.
- STINSON, C. (1991, August). Control process outcomes: New variables and methods of analysis. Second Annual Conference on a Psychodynamic-Cognitive Science Interface. University of California, San Francisco.
- STINSON, E., EELLS, T., MERGENTHALER, E., GERHARDT, J., HOROWITZ, M. & MILBRATH, C. (1994a). *Computer transcript measures of dysfluency and hedging correlated with information production and avoidance*. Unpublished manuscript.
- STINSON, C., MILBRATH, C., REIDBORD, S. & BUCCI, W. (1994b) The matic segmentation of psychotherapy transcripts for convergent analysis. *Psychotherapy*, 31, 36-48.
- STOLOROW, R.B., BRANDCHSFT, B. & ATWOOD, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- TALMY, L. (1988). Force dynamics in language and cognition. *Cognitive Science*, 2, 49-100.
- TRAUGOTT, E.C. (1982). From propositional to textual and expressive meanings: Some semantic-pragmatic aspects of grammaticalization. In W.P. Lehmann & Y. Malkiel (Eds.), *Perspectives on historical linguistics* (pp. 245-271). Amsterdam: Benjamins.
- TRAUGOTT, E.C. (1989). On the rise of epistemic meanings in English: An example of subjectification in semantic change. *Language*, 65, 31-55.
- TRAUGOTT, F.C. & KONIG, E. (1991). The semantics-pragmatics of grammaticalization revisited. In E.C. Traugott & B. Heine (Eds.), *Approaches to grammaticalization* (Vol. 1. pp. 189-218). Amsterdam: Benjamins.
- von STUTTERHEIM, C. & KLEIN, W. (1989). Referential movement in descriptive and narrative discourse. In R. Dietrich & C.F. Graumann (Eds.), *Language in social context* (pp. 39-76). New York: Elsevier.
- WYATT, F. (1986). The narrative in psychoanalysis: Psychoanalytic notes on storytelling, listening and interpreting. In T. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 193-210). New York: Praeger.
- ZETZEL, E.R (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-376.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32**

TRANSFORMACIONES: UNA PROPUESTA PARA CAMBIOS NARRATIVOS EN PSICOTERAPIA

Carlos E. Sluzki

Cottage Hospital, Santa Barbara, CA.

When problematic-symptomatic behaviors are conceived as embedded, retained, and maintained in collective stories, therapy can be described as the transformative process by which patients, families, and therapists co-generate qualitative changes in those stories. An emphasis on narratives allows one to specify further how those transformations unfold at the more "micro" level of the exchanges that take place throughout the consultation. To that especification is devoted the core of this essay, which closes with a discussion of the clinical, training, and, especially, research potentials of this systematization.

Una familia consulta a causa del comportamiento obsesivo compulsivo reciente e intenso de una ama de casa de 56 años que limpia incesantemente mientras llora sin parar. En el curso de la primera entrevista con ella, con su marido de 65 años y con su hija de 19 años, se obtiene la siguiente información.

- Su hija, que es su mejor amiga y aliada, y que nació el mismo día que moría la abuela materna, está a punto de marcharse de casa para ir a estudiar a una Universidad situada a más de 3000 millas;
- su marido es un adicto al trabajo; hay poca intimidad en la relación de pareja;
- la mujer tiene pocos contactos sociales fuera del núcleo familiar;
- ella nació en Irlanda y su marido es de ascendencia griega.

Imaginemos que la noche anterior a esta entrevista has estado leyendo un libro sobre el ciclo vital de la familia. Con este modelo en la mente, a lo largo de la conversación terapéutica ampliarás selectivamente los datos que son relevantes para este modelo. Como resultado la familia generará en respuesta a tus preguntas una descripción del "síndrome de nido vacío". Juntos, comenzareis a explorar diversas soluciones posibles al problema, y la familia, habiendo adquirido una nueva comprensión del problema, te pedirá una segunda sesión.

Pero tal vez la noche anterior has leído material sobre pérdidas y duelo. Utilizando este punto de vista, la conversación terapéutica realzará información

relevante de este modelo. La familia habla sobre la muerte de la madre de la paciente, que coincidió con el nacimiento de la hija. A causa de esta coincidencia, los lazos con la hija se hicieron mucho más fuertes. Nunca se habló de su muerte ni nunca fue elaborado el duelo. En este punto de la entrevista, la paciente llora, la hija solloza, al marido se le cae la lágrima y tus propios ojos se humedecen. Conjuntamente generáis un ritual de duelo por la muerte de la abuela, considerado necesario para que la paciente deje irse a la hija sin riesgo de reaparición de los síntomas en un intento inconsciente de retenerla. Todos sentís que habéis dado en el clavo.

Sin embargo, ¿qué hubiera sucedido, si en vez de las lecturas anteriores, hubieras estado repasando el clásico de Minuchin (1974) *Families & Family Therapy*? Probablemente habrías prestado atención, desde el principio de la entrevista, a la distribución de los asientos, a los subsistemas familiares, a las alianzas interiores. Habrías notado la estructura sesgada de esta familia, con una alianza intergeneracional madre-hija que ha marginado al padre. Para contrarrestarla habrías promovido una interacción, favoreciendo la toma de decisiones por parte de la pareja con el objeto de dar poder al padre y marginar a la hija. Incluso habrías generado una conversación “normativa” que les hiciera ver cuán aislado se ha sentido el padre y cuán inadecuadamente preocupada ha estado esta hija respecto al bienestar de su madre. Todo el mundo marcharía de la sesión con una descripción transformada del problema y con nuevas esperanzas acerca de su futuro.

Las cosas hubieran sido totalmente diferentes, sin embargo, si durante “la famosa noche anterior”, hubieras leído material sobre aspectos transculturales en terapia familiar (lo que habría favorecido conversaciones sobre el contraste entre las expectativas matrimoniales de griegos y de irlandeses); o la literatura sobre ética relacional (que llevaría a una discusión sobre antiguas deudas no pagadas, sacrificios y lealtades familiares); o un artículo sobre feminismo (que dirigiría el discurso colectivo a discutir la trampa existencial de cómo los participantes han minado cualquier esfuerzo de la mujer para desarrollar su propia voz.

¿Cómo es posible? ¿Cómo es que familias y terapeutas son capaces de hablar con emoción, intensidad, pertinencia, y convicción sobre tal variedad de temas? ¿Cómo es que cada una de las sesiones hipotéticas con esta familia han generado historias igualmente plausibles que explican de manera tan diversa las causas del problema y/o sus raíces? Y, lo que es más sorprendente, ¿cómo es posible que se haya generado cambio a través de caminos tan distintos?

La respuesta puede encontrarse en un elemento común: en cada caso se construye conjuntamente entre terapeuta y familia **un relato alternativo**, plausible, usando elementos de una o más historias que la familia trajo consigo al venir a terapia. Cada relato o narrativa alternativa se estructura alrededor de un mito o tema culturalmente disponible; cada uno contiene su propio elenco de actores su escenario y su trama; cada uno tiene sus propias suposiciones lógicas, morales, éticas, y de comportamiento. Al mismo tiempo que las narrativas se transforman,

la historia original que contiene el problema pierde su predominio, y el problema se redefine; se convierte en un no-problema o incluso en una bendición encubierta. El problema en su nueva presentación se vuelve accesible a soluciones, o deja de ser el foco; se disuelve. La consulta ha conseguido sus objetivos.

NUESTRO MUNDO CONSTRUIDO SOCIALMENTE

Nuestro mundo se constituye en y a través de una red de relatos o narrativas múltiples. Esta ecología de relatos con diferentes niveles de dominancia en diferentes momentos y en diferentes contextos, establece los marcos a través de los cuales nos volvemos conscientes de nosotros mismos y de los otros, establecemos prioridades, reclamamos o rechazamos deberes y privilegios, establecemos normas acerca de conductas apropiadas o inapropiadas, atribuimos significados, y ordenamos los hechos en el tiempo (Gergen, 1982; Shoetter, 1984). Desde esta perspectiva, el lenguaje no es representacional; lo que llamamos “realidad” consiste y se expresa en las descripciones que uno hace de los hechos, gente, ideas, sentimientos y experiencias. Estas descripciones, a su vez, evolucionan a través de interacciones sociales configuradas a su vez por estas descripciones; el discurso produce los encuadres dentro de los cuales la acción social tiene lugar (Harré, 1984), una proposición que nos recuerda la noción de Bateson de que la mente es social.

Aplicado específicamente a las *conversaciones terapéuticas*, el punto de vista construccionista en el relato -o narrativas- permite una descripción del cambio terapéutico, basado en la práctica, que trasciende los temas dominantes específicos (por ejemplo, el ciclo de vida familiar, pérdidas y duelos, familia de origen). Este encuadre permite afirmar que un encuentro es terapéutico cuando, en su curso, se produce una transformación en los relatos dominantes de la familia, de tal manera que permitan incluir nuevas experiencias, significados, e (inter)acciones, y una reducción de la cohesión temática del conjunto de historias sobre los comportamientos problemáticos-sintomáticos.

El objetivo del terapeuta es facilitar tal cambio en relatos específicos o en la relación entre ellos. Ya que las historias se alojan en el reino compartido del consenso, los terapeutas intentarán generar un clima de conversación que facilite cambios de consenso: mantendrán una actitud de empatía respecto al sufrimiento y las dificultades de la familia y de interés y curiosidad sobre sus ideas; favorecerán una postura optimista de connotaciones positivas; y contribuirán activamente a guiar la conversación terapéutica hacia cambios en la narración colectiva.

¿Qué hace el terapeuta después? Para empezar, los relatos -*estructuras narrativas*- son sistemas semánticos autorregulados, que contienen una trama (qué), personajes (quiénes), y escenario (dónde y cuándo). Estos componentes de la narrativa, a su vez, generan y mantienen la cohesión lógica de la historia y son mantenidos por ella, impidiendo las interpretaciones alternativas (Gergen & Gergen, 1986) ^[1]. Cada historia dada, está a su vez, incluida en una complicada red de

narrativas recíprocamente influyentes. Individuos, familias, y conjuntos sociales de mayor tamaño habitan este sistema de múltiples narrativas y organizan sus vidas tomando decisiones de acuerdo con las historias dominantes.

En el curso de la conversación terapéutica, el terapeuta explora la organización de los relatos colectivos sobre la problemática familiar y, a través de preguntas y comentarios, favorece ciertos tipos de transformación en la *naturaleza de los relatos*, en la manera de contarlos, y/o en la relación entre ellos. Debido a su recursividad sistémica, cualquier alteración no trivial en el contenido de una historia, así como en la forma de contarla, desencadenará cambios en la trama, personajes, escenario y tema, afectará a los corolarios morales y de comportamiento de la narración, y reposicionará la dominancia relativa de unos relatos sobre todos aquellos que constituyen la ecología individual o familiar de los relatos. Estos cambios, a su vez, alteran la experiencia del mundo de los narradores. Ya que estas narrativas organizan, mantienen, sostienen, y justifican los problemas (conflictos o síntomas), cualquier cambio importante en las historias dominantes o en su relación recíproca afectará la manera en que se conciben, se perciben, describen, explican, juzgan y representan los problemas. Tal cambio proporciona acceso a nuevas soluciones (a lo que es, de hecho, una nueva descripción del problema/conflicto), o a una formulación no problemática, o al desvanecimiento de la gestalt (sistema) perceptual-conceptual-comportamental que constituye el problema.

Para que los nuevos relatos -o las nuevas relaciones entre historias- se consoliden en la conversación terapéutica, deben evolucionar desde (y contener elementos de) los viejos relatos “familiares”. Las historias transformadas son habitualmente una recombinación del viejo relato en el cual se introducen nuevos elementos -personajes, trama, lógica, corolarios morales-, tanto por parte del terapeuta, del paciente o de la familia, o como resultado de, por ejemplo, preguntas circulares, que se consolidan en todos los participantes a través de la conversación terapéutica. La *coherencia* derivada de la relación estructural entre los componentes de la narrativa y la inclusión de la narrativa en relatos más vastos, así como las *constricciones* del mundo histórico y material (constricciones culturales o evolutivas, mitos dominantes) limitan el modo en que pueden construirse y transformarse las historias. Un nuevo relato demasiado diferente del antiguo no sería reconocido por los pacientes como *suyo*, y sería simplemente rechazado como no pertinente. A su vez, si una nueva historia es demasiado parecida a la anterior, no se “tendrá en pie” porque el viejo relato tiende a reconstituirse a través de sus muchos enlaces con el mundo real que ya es familiar a los pacientes.

UN DISEÑO DEL ENCUENTRO TERAPEUTICO

Cada encuentro terapéutico es esencialmente idiosincrásico porque el proceso y contenido de la conversación se entreteje con contribuciones de todos los participantes. Sin embargo, cuando se analizan los episodios que caracterizan la

evolución natural de una sesión, desde la perspectiva de las narrativas, puede notarse que muchos terapeutas siguen un esquema basado en los siguientes elementos, generalmente en secuencia si bien de manera interpenetrada.^[2]

1. *Encuadrar el encuentro*. Los primeros intercambios encuadran el proceso, proponiendo y desarrollando elementos relacionados con el *poder* (quién tiene qué derechos para definir la naturaleza del problema y la naturaleza y objetivos de la consulta; quién puede imponer qué y a quién) y la *responsabilidad* (quién puede generar iniciativas; quién está al cargo de proponer y sancionar soluciones; en qué área se localiza el problema; quién monitorizará el proceso; en quién recae el mérito o las culpas del problema y de los cambios). Estas interacciones son a veces explícitas, pero generalmente son preguntas implícitas, transmitidas a través de conversaciones sociales, distribución de asientos, intercambios de apertura, por parte del terapeuta al igual que por parte del paciente y familia y otras formas socialmente sancionadas de organizar el marco que contextualiza la conversación terapéutica en un proceso que establece áreas de acuerdo colectivo.

2. *Generar y representar los relatos dominantes*. El entrevistador obtiene información acerca de la naturaleza y el contexto del problema o conflicto, sus principales temas asociados, personajes, lógica, ética y corolario comportamental.

3. *Favorecer relatos o relaciones entre relatos alternativos*. El entrevistador (a) obtiene nueva información o puntos de vista alternativos de todos los participantes sobre los mismos hechos mediante preguntas (lineales o circulares), comentarios, etc., y subraya las excepciones que se desvían de o desafían los relatos principales, y/o (b) prueba la tenacidad de los relatos principales proponiendo puntos de vista no ortodoxos o comentarios desestabilizadores sobre ellos, habitualmente a través de una postura de connotación positiva.

4. *Realzar (ilustrar) las nuevas historias*. Una vez que el terapeuta se da cuenta que resulta viable una alternativa a los relatos principales o la relación entre historias (es decir, que la conversación puede evolucionar hacia un nuevo consenso alternativo sobre corolarios morales de conducta), intentará realzar selectivamente aquellos puntos de vista alternativos, obteniendo y validándolos a través de preguntas y comentarios adicionales. El objetivo de esta parte del proceso es reforzar los nuevos relatos, o las relaciones alternativas entre ellos, con una lógica más coherente y una distribución más favorable de roles, etiquetas y posturas morales, para alcanzar un consenso preliminar sobre las nuevas historias, la naturaleza del problema y de su resolución, que reemplaza las antiguas. En general, los terapeutas tenderán a favorecer relatos alternativos (o relaciones alternativas entre ellos) que creen pautas evolutivas, prospección, opciones, posibilidades de acción y corolarios morales.^[3]

5. *Afianzar los nuevos relatos*. El terapeuta puede escoger anclar las nuevas historias a través de recomendar rituales post-sesión o tareas específicamente diseñadas para reconstituir y reconfirmar los nuevos relatos.

Esta descripción puede dar la impresión de que creo que “el terapeuta hace”

estos pasos siguiendo un diseño. Este no es el caso. Desde mi punto de vista, el comportamiento del terapeuta se ve guiado por un conjunto de posturas (por ejemplo, empatía, franqueza, curiosidad, supuestos de buena intención y de connotación positiva) y guías conceptuales (privilegiando relatos, sobre, por ejemplo, la familia de origen, ciclo de vida familiar, pérdidas, secretos, cultura), pero el proceso de la consulta “sucede” más bien de forma idiosincrásica y se ve afectado por múltiples variables de la familia, del terapeuta y del contexto. Sin embargo, el esquema o secuencia reconstructiva propuesta más arriba le permite a uno trazar el perfil de un diseño que subyace en la mayor parte de las sesiones conducidas por un terapeuta sistémico.

Lo que la secuencia no especifica es *cómo* el terapeuta favorece los relatos nuevos, cómo la transformación de las narrativas empieza a configurarse en la práctica, *al nivel material del discurso*, a través de la conversación terapéutica. Para abordar estas cuestiones, debería introducirse un nuevo nivel de análisis, centrado en *micro-prácticas*, las cuales permiten especificar y operacionalizar procesos correspondientes al tercer paso del diseño del proceso terapéutico discutido más arriba, a saber, “favorecer nuevos relatos”, cuestión a la que se dedicará el resto de este artículo.

MICRO-PRACTICAS TRANSFORMATIVAS

Los relatos sobre problemas, síntomas, o conflictos -las mil y una respuestas a la pregunta “¿Qué le trae a terapia?” o “¿Qué puedo hacer por usted?”- se organizan alrededor de *personajes* y de sus muchos atributos, relaciones, y vicisitudes; las *tramas* y hechos, y el grado de capacidad de acción de los participantes; *el escenario* y la incidencia que tiene en la trama; los *corolarios éticos* y los juicios de valor derivados del relato; y los *corolarios de comportamiento* o consecuencias inevitables para los participantes. Además, las historias *pueden ser contadas* de una manera en que el narrador -y complementariamente, los otros- se ubican como protagonistas, espectadores, testigos, o intérpretes de los hechos, y con varios grados de competencia y credibilidad.

Las características específicas de cada una de estas dimensiones se discutirán en detalle en las siguientes páginas, ya que son el centro de las micro-prácticas transformativas de la psicoterapia (ver Tabla 1). Aunque por motivos estrictamente didácticos, se expondrán por separado, debe señalarse que muchas de estas dimensiones están conectadas inextricablemente, y que un cambio en cualquiera de ellas afecta a cada una de las otras. A su vez, cualquier cambio en un relato puede afectar su posición relativa en la compleja red de narrativas que constituye la realidad individual y familiar. De hecho, la definición misma de muchas de las categorías en este listado (y, por supuesto, los límites pragmáticos entre ellas) están lejos de excluirse mutuamente ^[4].

TRANSFORMACIONES	
Dimensiones	Cambios
En el tiempo	Estático/Fluctuante Nombres/Verbos Ahistórico/Histórico
En el espacio	No-contextual/Contextual
En la causalidad	Causa/Efecto
En las interacciones	Intra/Interpersonales Intenciones/Efectos Síntomas/Conflictos Roles/Reglas
En los valores	Buena/Mala intención Sano/Enfermo Legítimo/Ilegítimo
En el contar	Pasivo/Activo Interpretaciones/Descripciones Incompetencia/Competencia

Tabla 1.- Dimensiones y cambios transformativos en las narrativas.

Transformaciones en la naturaleza de los relatos

Transformaciones en el tiempo

Estáticas/Fluctuantes (cambios entre una descripción que no presenta fluctuaciones temporales y otra que las presenta). Cuando alguien describe un síntoma, conflicto, problema, o cualquier otro hecho como un fenómeno estable, el terapeuta puede preguntar, por ejemplo,

“¿Cuándo te parece que tu madre se muestra más débil, por la mañana o al mediodía?” o “¿Las peleas se hicieron más o menos pronunciadas desde que empezaste el nuevo trabajo?”^[5]

O el terapeuta puede simplemente amplificar las fluctuaciones que fueron mencionadas por otro miembro, usando la “búsqueda de excepciones” que orienta a las conversaciones en dirección de la generación de soluciones, tales como las propuestas por Shazer (1985, 1988). La incorporación de fluctuaciones hace más fácil prestar atención a las excepciones

-(“¿Qué pasa cuando el problema no está presente?”),

a las muestras de competencia

-(“¿Cómo se hace para reducir la intensidad del problema entonces?”),

y a patrones y escenarios alternativos

-(“¿Qué hacen los demás cuando los síntomas son más/ menos intensos?”).

Sin embargo, hay ocasiones en que el terapeuta quiere precisar una condición constante, ocultada por las fluctuaciones. Esto se puede hacer a través de subrayar un denominador común de las descripciones. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo, “¿Existe algún tema en común en todos estos episodios de peleas?”.

A la vez, la inclusión de una dimensión temporal en un relato carente de ella, tal como la introducción de comparaciones entre el antes y el ahora, o entre el ahora y el después, introduce en los hablantes una experiencia de evolución, o de progresión de hechos que amplía su repertorio de descripciones e interpretaciones del problema.

Nombres/Verbos (cambios entre definiciones estáticas de hechos síntomas, características, personas y descripciones de acciones). Si se describe a la gente o las situaciones con atributos inmutables, el terapeuta puede preguntar:

-“¿Qué *hace* tu madre que te hace decir que es tan frágil?” o “¿Bajo qué circunstancias se comporta de esta manera?”

La transformación de *estados en acciones* permite la generación de contextos (“Bajo qué circunstancias...?”), fluctuaciones (“¿Cuándo es *menos* intenso?”), cambios de foco en la atención (“¿Cómo reaccionas tú a estos comportamientos?”), y así sucesivamente. Para una discusión elocuente acerca de la importancia de transformar los rótulos diagnósticos en comportamientos, ver Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1978).

Hay, sin embargo, relatos ricos en descripciones de acciones, pero que carecen de corolarios generales, como cuando el narrador describe a los actores repitiendo una acción sin proponer una categorización general. En estas circunstancias, podría ser preferible una transformación hacia la nominalización. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo,

-“Considerando todo esto, ¿cómo *clasificarías* a tus padres/a ti mismo?”.

Una nominalización puede inducir a los pacientes a asumir responsabilidades o a llevar a cabo acciones reparadoras, anteriormente bloqueadas por la forma descriptiva previa.

No histórico/histórico (cambios entre un relato carente de base y contexto histórico y otro con origen, escenario, y evolución). Cuando el relato transmite hechos carentes de contexto, el terapeuta puede preguntar sobre las circunstancias, origen y desarrollo de los acontecimientos. La introducción de la historia permite la generación de hipótesis explicativas, cambios en la puntuación, connotaciones positivas, y detección de fluctuaciones, excepciones, y patrones.

Hay relatos, sin embargo, que, dada su estructura histórica, atribuyen toda la responsabilidad a circunstancias pasadas y asignan muy poca a los protagonistas. En estos casos, preguntas que promueven un cambio de una perspectiva histórica a otra ahistórica (¿Por qué me consultan *ahora*?) pueden iluminar nuevas alternativas viables al estancamiento sintomático.

Transformaciones en la dimensión espacial

No contextual/Contextual (cambios entre una historia que carece de escenario y otra con contexto espacial). La introducción de la idea del espacio nos permite especular sobre la forma en que el contexto afecta y es afectado por los eventos, históricamente y en el presente. Si alguien describe un síntoma, sentimiento, o comportamientos fuera de contexto, el terapeuta puede preguntar por ejemplo: “¿En qué circunstancias se hace más/menos perceptible este problema?”

Sin embargo, narrativas que se centran en variables contextuales -en descripciones de escenarios y circunstancias- pueden beneficiarse con la introducción de perspectivas descontextualizadas a través de comentarios tales como,

-“Pero me parece haber entendido que ahora ya *no* bebes, entonces ¿cómo explicas tus conflictos actuales?”,

es decir desconectando la responsabilidad del contexto histórico propuesto.

La introducción de escenarios alternativos complementa las transformaciones en el eje “tiempo” discutido más arriba. De hecho, tiempo y espacio son dos coordenadas que generan el cambio transformativo que sigue.

Transformaciones en la dimensión causal

Causa/Efecto (cambios entre un relato centrado en una supuesta causa u origen del problema/síntoma y otro que incluye sus efectos continuos en uno mismo o en los otros). Esta categoría se asocia a uno de los conceptos básicos del enfoque interaccional, la noción de “puntuación de la secuencia de hechos”, descrita originariamente por Bateson y Jackson (1964) e incorporada como uno de los axiomas básicos de la comunicación humana por Watzlawick, Beavin, y Jackson (1967). Esta noción alude a la naturaleza intrínsecamente arbitraria (y consensual) de una descripción secuencial en procesos interpersonales, con un supuesto de comienzo que ha sido acordado -aún cuando a veces objetado vehementemente- por los participantes. Muchas transformaciones terapéuticas de relatos resultan de un cambio en puntuación que cambia la atribución de culpabilidad o responsabilidad.

Si alguien está enganchado en un hecho pasado, que se define como la causa del problema actual, el terapeuta puede explorar si el problema existió en alguna forma o modo *antes* de la ocurrencia del hecho, o explorar de qué forma *otros* fueron afectados por el hecho (definiendo la respuesta como idiosincrásica y no genérica). Correspondientemente, cuando un relato enfatiza los efectos de un problema, puede ser útil explorar las teorías del paciente sobre sus causas. Esto puede transformar un relato en otro referido a los contextos de justificación o responsabilidad, el cual a su vez se puede desestabilizar con una exploración en la dirección opuesta.

Transformaciones en la interacción

Intrapersonal/Interpersonal (cambios entre descripciones de los atributos de una persona y descripciones de los patrones de interacción) Si el narrador se refiere

a las cualidades personales de otro individuo (“Ella es una tozuda”), el terapeuta puede incluir al narrador como actor, preguntando, por ejemplo,

-”¿Cómo reaccionas ante su tozudez?”

-lo que entonces se convierte en un punto de partida para (re)construir una secuencia interpersonal en la cual los atributos intrapersonales se disuelven. Por el contrario, si la historia se centra en patrones interpersonales omitiendo las cualidades personales de los individuos, preguntar sobre tales cualidades puede ser útil para organizar descripciones alternativas. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo,

-”A lo largo de todas estas confrontaciones con tu madre, ¿quién era el adulto y quién era el niño?; “¿Quién tenía que cuidar a quién?”.

La relocalización del sujeto de la historia -entre relatos centrados en uno mismo y en otros- puede afectar la posición del narrador como agente o actor responsable.

Las dos categorías siguientes son variaciones en el tema de cambios entre atributos intrínsecos y patrones interpersonales, y también ilustran un cambio entre nombre y verbo. Los incluyo en este listado debido a su frecuente uso.

Intenciones/Efectos (cambios entre atribución de intención a una persona o grupo durante un hecho dado, y discusión del efecto del comportamiento de tal persona o de la dinámica de la situación). Cuando la historia está ligada a atribuciones de intención negativas (a veces positivas) o motivación de otros (o incluso de uno mismo), el terapeuta puede preguntar,

-”¿Y cuál fue el efecto de ese comportamiento en ti (o en otros)?” o “Si alguien hubiera estado observando ese cambio como a espectador, ¿cómo crees que lo describiría?”

Esta transformación se puede también revertir cambiando de efectos a intenciones si la especulación sobre intenciones puede introducir alternativas potencialmente viables en la historia actual. Por cierto, el terapeuta puede también elegir favorecer cambios en la naturaleza del *atributo* en lugar de cambios de la atribución al efecto.

Síntomas/Conflictos (cambios entre un relato basado en “expresiones de trastorno mental” y otro basado en comportamientos recíprocos). Cuando alguien habla sobre miedos, por ejemplo, el terapeuta puede preguntar,

-”¿Y cuál es el efecto de tus comportamientos relacionados con el miedo en los demás (si el que narra es el que tiene los síntomas), o de esos comportamientos en tí (si el narrador habla sobre síntomas o problemas de otros); y más tarde, “¿Y cómo reaccionas a sus reacciones?”

Esta transformación abre una variedad de alternativas enriquecedoras ya que permite generar patrones, contextos, excepciones, acciones responsables, etcétera.

Una transformación en la dirección opuesta sería útil si un rótulo sintomático pudiera permitir a uno añadir una dimensión contextualizadora o explicativa. Un comentario tal como

-”Y como esperas pasártelo bien cuando estás deprimido!” puede tener el efecto de neutralizar la trampa silogística del mandato “Pásatelo bien!” con el que uno se tortura a si mismo.

Roles/Reglas (cambios entre descripciones que asignan a la gente posiciones y conductas sancionadas socialmente y narrativas que incluyen reglas interactivas, de las cuales pueden derivar roles como una consecuencia colectiva). Si un relato caracteriza a individuos en términos de atribución de roles (un padre severo, un jefe opresivo, un marido dominante, una esposa sumisa, una madre intrusiva, una hermana protectora, un hermano chivo expiatorio), el terapeuta puede preguntar, -”¿Respecto a quien se comporta esta persona de esta manera?”; “¿Era tu madre intrusiva también con tus hermanas?”; “¿Considera también tu hermano que el comportamiento del padre es severo?” O el terapeuta podría decir, “Bien, si tu eres el chico malo (el torturador, el incompetente) en tu familia, ¿quién acaba siendo el bueno (la víctima)?”

De hecho, una descripción aislada de un rol sustrae el relato del patrón interpersonal del que forma parte. Esta transformación añade contexto, cambia responsabilidades, enriquece el escenario.

Hay, sin embargo, roles definidos por nuestra cultura que merecen ser destacados en una narrativa que los soslaya, para generar cambios en las implicaciones previas. Así, un terapeuta podría preguntar

-”¿Pero quién asumió el rol de madre, y quién jugó a hacer de hija?”

Transformaciones en valores de la historia

Estos procesos se centran en cambios axiológicos, esto es, en cambios en el orden moral evocado por el relato. Esta transformación es un resultado indirecto, frecuente, de otros cambios en la narrativa, la cual conduce a cambios en la *atribución* de valores a hechos o a personas y a la *ubicación* de atributos tales como bueno y malo, generoso y avaro, sano y enfermo, hermoso y feo, sabio e ignorante, competente e incompetente. Sin embargo, también puede ser el resultado de comentarios directos del terapeuta desde una postura con connotaciones positivas, que conducen -o implican- cambios dramáticos en los supuestos. Por ejemplo, si un paciente describe despectivamente su propia conducta habitualmente intolerante para con sus hijos como motivo de consulta, el terapeuta puede comentar:

-”Indica mucha responsabilidad y coraje haber decidido consultar sobre comportamientos vistos de forma tan negativa!. A lo largo de tu vida no has tenido ejemplos de cómo ser paciente y cariñoso, por lo que más que cruel, eres ignorante!”

añadiendo que la “ignorancia” es un atributo blando que no está inmutablemente “grabado en el carácter”, ya que puede cambiarse a través del aprendizaje.

Las siguientes subcategorías expanden y ejemplifican este punto.

Buena/Mala intención (cambios entre una atribución de intencionalidad que

es positiva y una considerada negativa). La madre describe a la hija sintomática como “queriendo hacer volver loco a todo el mundo con sus confrontaciones”, lo que implica una atribución de mala intención. El terapeuta puede preguntar,

- “¿de quién aprendió a ser tan firme en sus convicciones?”

A través de esta pregunta, el terapeuta propone una re-rotulación del comportamiento problemático -de “confrontación” a “firmeza”- en una postura de connotación positiva a la vez que orienta una exploración hacia la historia familiar, que puede permitir anclar (a través de anécdotas históricas) la eliminación de la atribución de la mala intención.

Sano/Insano (cambio entre atribuciones de locura -que implica sensatez en otros- y de sensatez, si es posible, en todos los participantes). El paciente afirma:

-“Cuando bebo me vuelvo loco”,

el terapeuta puede comentar

-”lo que me comentaste que dijiste cuando estabas bebido puede no ser agradable, pero tiene sentido para mí”,

lo que puede cancelar el pretexto de estar enfermo, y cambiar toda la historia.

Legítimo/Ilegítimo (cambios entre razonable e irrazonable o entre lógico e ilógico). Una mujer, en el curso de su consulta, describe con indignación que su madre le dijo que prefería que durante este período de crisis no vivieran juntas, ya que se pelearían todo el tiempo. El terapeuta comenta,

-”Una mujer bastante lúcida, tu madre!”

(dicho en un contexto de confianza) destruye el supuesto de implícito acuerdo sobre la “irracionalidad” de la madre, lo que permite un re-examen de la descripción y de sus corolarios.

Transformaciones en la manera de contar la historia

Pasiva/Activa (cambios entre un relato en el cual el narrador es el objeto y otros -incluido los síntomas- son los actores, y otro en el que el narrador es un agente activo y, en consecuencia, responsable). Si alguien describe una situación de la cual es víctima, el terapeuta, sabiendo que esta descripción evita el tema de actor-agente, puede preguntar:

-”¿Y qué hiciste respecto a ello en el pasado?”

Una transformación de pasivo (víctima) en activo (agente) constituye una forma poderosa de expandir el relato. Este puede ser el caso, por ejemplo, cuando los pacientes se describen como víctimas de síntomas o de relaciones en las cuales la pasividad no ha sido impuesta por fuerza física, opresión económica, o coerción ideológica. Sin embargo, un cambio en esta postura pasiva puede ser difícil, además de indeseable, en relatos en los cuales el actor pasivo es un niño, una mujer crónicamente abusada, un anciano frágil, o cuando se sufre un dolor crónico, ya que una descripción alternativa corre el riesgo de culpar a la víctima. En tales casos, es necesario favorecer primero la descripción de pasividad o victimización a través de

la evaluación contextual de la falta de alternativas en aquel momento, como parte del proceso de devolver cierto poder al sujeto.

En el transcurso de una discusión de esta dimensión, Raush (1990, comunicación personal) propuso la siguiente matriz (ver tabla 2). Los relatos que definen el problema como externo y la solución como dependiente también de una fuente externa, evocan y provocan culpa o impotencia, o son evocadas y provocadas por ellas. Los relatos que definen el problema como interno, y a la fuente de solución como externa al narrador, generan una situación y expectativas de salvación o perdición. Los relatos que localizan tanto al problema como a la solución en un escenario interno al individuo, favorecen la desesperanza y la culpa. Finalmente, los relatos en los cuales el problema se define como externo al narrador, y el narrador es propuesto como agente de cambio, llevan a la acción.

		PROBLEMA	
		EXTERNO	INTERNO
GESTION	EXTERNA	Culpa o impotencia	Salvación o perdición
	INTERNA	Acción	Culpa o desesperanza

Tabla 2. Efectos combinados de la localización del problema y su gestión

Especificando la localización de gestión o potencial de acción y del problema en un relato, obtenemos una matriz que nos permite escoger el efecto temático favorecido por el relato. También permite inferir la dirección del cambio favorecida por muchos terapeutas -descripciones en las cuales los narradores pueden *hacer* algo acerca de los hechos que a su vez son localizados como externos.

Una variación poderosa en el tema de esta transformación es la estrategia de *externalización*, propuesta por White (1986) y White y Epston (1990); véase también Tomm (1989). Consiste en una descripción de la naturaleza de la relación entre el individuo o familia y el síntoma o problema crónico que coloca a este último como a externo y dissociado del self. Representa al problema motivo de consulta como una lucha entre el problema externalizado (“vida llena de aprietos”), que intenta conquistar territorio con maniobras poco claras, tentaciones, trampas, y el self individual o colectivo que cuenta con el terapeuta para que le ayude a reconocer las estrategias útiles para domar o expeler al intruso.

Interpretaciones/Descripciones (cambios entre supuestos acerca de significados ocultos de los hechos y descripciones sobre estos hechos): si el narrador se centra en suposiciones, atribuciones, o conjeturas que tienen que ver con un hecho, el terapeuta puede preguntar,

-”¿Podrías describirme que pasó en realidad, como si hubiera estado allí?”

Sin embargo, si las descripciones eluden explicitar alguna característica

común, o algunas intenciones por parte de los actores, el terapeuta puede estimular al narrador a tomar una actitud más interpretativa introduciendo preguntas como, -"¿Y qué crees que les (te) motivó a comportarse de tal manera?"

Esta orientación transformativa fue también señalada más arriba en la discusión de cambios de dinámico a estático, de verbo a nombre, de histórico a ahistórico.

Incompetencia/Competencia (cambios entre una descripción que define el narrador [o cualquier grupo del cual el narrador es parte, su familia, por ejemplo] como inepto, y otro en el cual se destaca cualquier competencia): Si el narrador se describe a sí mismo como un incompetente, ignorante o confuso, el terapeuta puede destacar la sabiduría que esta confesión supone, o la claridad mental que se necesita para juzgar la confusión o describirla tan bien; o el terapeuta puede hacer notar excepciones que muestren al narrador como efectivo o inteligente. Los efectos de estos comentarios en el narrador pueden ser bastante dramáticos. Por otra parte, el entrevistador puede escoger evocar un cierto grado de incertidumbre en un narrador que intenta transmitir una imagen perfecta de sí mismo, utilizando preguntas como:

-¿Cuál es la ventaja que ves en describirte siempre como perfecto? o ¿Cuál es el efecto habitual de esta postura en los otros?

La búsqueda conversacional de excepciones o externalizaciones -ambas discutidas anteriormente- puede conducir progresivamente a un cambio en las autoatribuciones tan frecuentes de incompetencia, enfermedad, estupidez, que hasta entonces eran supuestos inmutables por parte del narrador. Autoatributos tales como la incompetencia o competencia se pueden atribuir a otros personajes distintos del narrador, lo que puede tener el efecto de implicar la característica opuesta en el narrador. Por eso, cualquier cambio en los atributos a otros afectará al narrador. También merece destacarse que un terapeuta puede favorecer un cambio hacia la competencia en la posición implícita o explícita del narrador, a través de mantener a lo largo de la entrevista una postura respetuosa.

RECAPITULACION

Cada categoría propuesta en la lista de micro-prácticas define una *dimensión* de la narrativa, y las transformaciones se pueden favorecer cambiando la descripción en dirección a *cualquiera* de los extremos o polos del parámetro. Mis descripciones omiten cualquier recomendación respecto a forzar las narrativas hacia un polo específico de las dimensiones. Si bien el terapeuta puede tener criterios generales acerca de qué constituye una "historia mejor formada". En la práctica de la psicoterapia, en momentos críticos en las sesiones, los movimientos transformativos en cualquier dirección o dimensión determinada se entrelazan frecuentemente con movimientos en la dirección opuesta. Esta desestabilización de una descripción dominante puede tener el efecto de generar en los participantes "un hambre de claridad" que tiende a favorecer la producción de consenso alrededor de las nuevas narraciones. En el transcurso de la mayoría de las consultas terapéuticas,

sin embargo, los terapeutas pueden decidir realzar características particulares de los relatos cuando estimen que la forma potencial de la nueva historia ofrecerá al paciente y a la familia un rango y una calidad de opciones mayores para resolver sus problemas. De hecho, la dirección específica de la transformación de los relatos depende del encaje evolutivo entre el estilo y alternativas de los relatos dominantes de la familia, y la idiosincrasia, estilo y los modelos preferidos por el terapeuta [6].

No cabe duda que muchos movimientos favorecidos por los terapeutas, aunque contribuyan a organizar la narrativa, están lejos de ser “revolucionarios” ya que los relatos alternativos ya han sido legitimados por el cliente como *también* dominantes. Por ejemplo, cuando el cliente relata una descripción ahistórica de su problema actual con el alcohol, el entrevistador pregunta sobre los antecedentes alcohólicos en la familia (favoreciendo así un punto de vista histórico), y el cliente comenta, -“como ya se debe haber imaginado, mi padre fue un alcohólico, y, de hecho, el me enseñó a beber.”

Aquí tiene lugar un paso de una descripción ahistórica a otra histórica del problema, pero sin contener ninguna novedad (al menos en este momento) desde la perspectiva del cliente. En otras ocasiones, sin embargo, el mismo cambio puede abrir alternativas que, desde el punto de vista del paciente o la familia, son totalmente nuevas -por ejemplo, evolucionando hacia la noción que beber le hacer *ser* su padre, cuya muerte había sido siempre negada.

Es importante reconocer que el proceso transformativo se ve afectado no sólo por el discurso del terapeuta sino también por otras experiencias que pueden tener lugar en la sesión -tal como actuaciones de anclaje- o fuera de ella -tal como tareas o ritos- que confirman el nuevo relato mientras contradicen o desarman al anterior. Es importante volver a señalar que *no* es “el terapeuta el que transforma”; el terapeuta genera una oportunidad para el cambio, pero la transformación es el resultado del entero proceso terapéutico propiamente dicho.

Finalmente, merece señalarse que esta taxonomía se centra en componentes intrínsecos de las narrativas, y no intenta tratar de un modo sistemático el próximo nivel lógico de la complejidad en este dominio, a saber, el sistema de narrativas inter-influyentes del que el relato específico es parte.

CONCLUSIONES

El nivel de análisis de transformaciones propuesto en este artículo puede tener implicaciones poderosas como herramienta clínica, de entrenamiento e investigación, porque estas microprácticas yacen en la esencia del diálogo transformativo de la terapia. Un énfasis en estos procesos puede enriquecer, desde mi punto de vista nuestra capacidad para especificar nuevas construcciones de teorías, práctica clínica, aprendizaje, e investigación en la terapia sistémica basada en la narrativa.

En términos de sus *implicaciones clínicas*, esta descripción provee un nuevo nivel de detalles del mapa de un territorio central para la tarea terapéutica. Permite

al clínico expandir su habilidad para desafiar la mayor parte de las dimensiones de los relatos, más que la “especialización” en unas pocas. Se puede aplicar este mapa, por ejemplo, a la práctica de la entrevista circular ya que permite discutir no sólo la *forma* específica de las cuestiones (Tomm 1987, 1988) sino también el foco específico así como la dirección del cambio en la narrativa del paciente o la familia.

En cuanto a *implicaciones para la formación*, si uno evita la tentación de usar estos ítems como unidades discretas o “ladrillos” sino que lo entiende como un conjunto de herramientas para la toma de decisiones, este vocabulario y su repertorio de dimensiones transformativas puede ser útil para expandir la flexibilidad de las conversaciones terapéuticas. Como ocurre con cualquier otra herramienta conceptual, los estudiantes pueden decidir aumentar su habilidad transformativa en *cada* uno de estos parámetros. Sin embargo, si este fuera el caso, se les debería recomendar que “lo olviden” después de aprenderlo, por dos razones. Primero, una práctica sistémica requiere la habilidad del terapeuta para relacionarse con las herramientas conceptuales de manera instrumental y no sometido a ellas. Segundo, es importante evitar confundir la rama de una transformación potencial particular con el árbol de un relato concreto, y éste último con el bosque de la ecología de relatos en que la gente está inmersa. De hecho, lo que muchos expertos llaman “intuición” puede consistir precisamente en haber aprendido y haber después olvidado las ideas y los modelos útiles.

En términos de las *implicaciones para la investigación*, la aplicación de los parámetros propuestos en este artículo debería proporcionar un campo interesante y potencialmente poderoso para la investigación acerca del proceso de cambio en terapia. Las variables que pueden tenerse en cuenta para definir operacionalmente un acontecimiento transformativo incluyen (1) la dominancia relativa y las características de un relato dado; (2) una intervención del terapeuta -pregunta, comentario- a lo largo de una dimensión específica, que desafía la estructura o dominancia del relato, o los atributos del narrador; (3) un cambio correspondiente en el relato o en la relativa dominancia del relato sobre otros (la falta de un cambio a lo largo de esta dimensión o polo puede considerarse como un intento sin éxito, una no-transformación, incluso si el terapeuta lo utiliza más tarde -a no ser que sea el cliente quien lo utilice o incorpore en su relato); y (4) la persistencia del cambio a través del tiempo que puede añadir peso a un movimiento transformativo determinado.

A su vez, esta herramienta (1) puede permitir una nueva descripción microanalítica de la conversación terapéutica, y también un análisis de la “historia natural” de la terapia individual, de pareja o familiar; (2) puede subministrarnos nuevas maneras de estudiar lo que realmente tiene lugar en la transformación de narraciones, incluyendo, entre otros, el proceso de desarrollo de consenso, cambios y las diferentes formas con las que las familias, parejas e individuos participan en el proceso de terapia; (3) también puede ofrecer nuevos caminos **operacionales** para categorizar los estilos y las orientaciones de los terapeutas, y la forma en que

participan en el proceso de terapia; (4) puede ofrecer ideas sobre el encaje entre estilos familiares y del terapeuta en el proceso de cambio; y finalmente, (5) puede permitir el desarrollo de una próxima generación de herramientas conceptuales nuevas, más poderosas que superen a las que hemos propuesto en este artículo.

Hoffman (1981) ha señalado: “Hasta ahora el campo de la terapia familiar que se ha mostrado más efectivo en términos de “cómo generar cambios” que no en términos de especificar “qué cambiar” (p. 176). El nivel de análisis propuesto aquí define una región en la que se superponen el “cómo” y el “qué”, y aporta nuevas ideas sobre una teoría de la praxis que puede enriquecer a ambas. Aún más, este artículo ofrece el camino para empezar la exploración de las propiedades sistémicas del concepto central del enfoque constructorista, de segundo orden de la terapia: la compleja ecología de narrativas que constituyen nuestro mundo social.

NOTAS AL TEXTO

[1] En nuestra práctica diaria, por razones a veces teóricas y otras de simple preferencia, la mayoría de los terapeutas de familia organiza el diálogo terapéutico alrededor de uno o varios temas centrales, tales como el ciclo vital, la familia de origen, las polaridades de autonomía y dependencia, etnicidad, cuestiones de género, pérdida y duelo, y otros por el estilo. Estos temas actúan como fuertes imanes en el sentido que son realzados o subrayados cada vez que aparecen en las narrativas de los pacientes, ya que coinciden con los temas dominantes del terapeuta, hasta que resultan dominantes y pertinentes para todas las partes, dando lugar así a una base fértil para las prácticas transformativas. De hecho las preferencias temáticas organizan la mayoría de escuelas u orientaciones en el campo de la terapia familiar. El énfasis de este artículo en las transformaciones de las narrativas, no coincide ni refleja la manera en que la mayoría de los terapeutas familiares les gusta hablar o escribir sobre lo que hacen.

[2] Esta secuencia sigue los pasos propuestos por Cobb (1991) en su discusión de los componentes de la consulta de mediación. Cobb afirma que aunque la mediación y la terapia presentan diferencias significativas, ambas requieren el manejo de los procesos de comunicación en que emergen y se transforman las narrativas.

[3] Pakman (1991) sugiere que la relevancia de una nueva historia –de la construcción de una nueva realidad– desarrollada en el curso de la terapia puede evaluarse en base a tres parámetros: a) *pragmático*, esto es, nuevas acciones observables por el sujeto en áreas problemáticas; b) *ético*, a saber, respecto a la autonomía de todos los miembros significativos del sistema; y c) *estético*, es decir, el movimiento desde el malestar al bienestar por parte de todos los miembros del sistema en el campo problemático y temas asociados.

[4] Soy consciente del peligro de interpretar cuanto sigue como recomendaciones estratégicas, es decir, como movimientos que el terapeuta debería hacer o líneas que debería seguir. El lector debe entender, con todo, que esta lista es reconstructiva más que prospectiva, en el sentido que intenta especificar algunos movimientos del terapeuta en el transcurso de la conversación, dadas ciertas condiciones de la historia, describiendo más bien lo que el terapeuta hace que lo que debería hacer.

[5] Algunos de los ejemplos usados en las microprácticas constan de afirmaciones, pero la mayoría son preguntas, en general de tipo circular. Ello no es ninguna sorpresa si consideramos que las preguntas circulares son una de las armas más poderosas de la conversación transformativa. Para una discusión interesante sobre las preguntas circulares véase Penn (1982; 1985) y Tomm (1985, 1987, 1988).

[6] Una descripción lúcida de la singularidad de las intersecciones entre los sistemas complejos –las realidades del paciente, la familia y el terapeuta– puede verse en Elkaïm (1985)

Nota Editorial

Este artículo ha sido publicado en *Family Process*, 1992 (31), 217-213 con el título “Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Si concebimos las conductas problemáticas o sintomáticas como engarzadas y sustentadas por historias colectivas, podemos describir la terapia como un proceso transformativo a través del cual los pacientes, las familias y los terapeutas co-generan cambios cualitativos en tales historias. El énfasis en las narrativas permite especificar cómo estas transformaciones se producen al nivel más "micro" de los intercambios que se producen a través del diálogo en la consulta. Este trabajo propone una sistematización específica de este proceso, para finalizar con una discusión acerca del potencial clínico, de entrenamiento y de investigación

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Referencias Bibliográficas

- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H.A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process* 27: 371-393.
- BATESON, G., & JACKSON, D.D. (1964). Some varieties of pathogenic organisation (pp. 270-283). In D. Mck. Rioch & E.A. Weinstein (eds.), *Disorders of communication, Vol. XLII: Research publications*. Baltimore: Wilians & Wilkins.
- COBB, S. (1991). Mediation process as the management of stories, Unpublished manuscript.
- DE SHAZER, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- DE SHAZER, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- ELKAÏM, M. (1985). From general laws to singularities. *Family Process* 24: 151-164.
- GERGEN, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.
- GERGEN, K. & GERGEN, M. (1986). Narrative and the self as relationship. In L. Borkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- HARRÉ, R. (1984). *Personal being*. Cambridge: Harvard University Press.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York: Basic Books.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- PAKMAN, M. (1991). La cibernética de segundo orden. In H. von Foerster (M. Pakman, ed.), *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- PENN, P. (1982). Circular questioning. *Family Process* 21: 267-280.
- PENN, P. (1985). Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process* 24: 299-310.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction* (translator, E. V. Burt). New York: Jason Aronson.
- SHOETTER, J. (1984). *Social accountability and selfhood*. New York: Basil Blackwell.
- TOMM, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool (p. 33-45). In D. Campbell & R. Draper (eds.), *applications of systemic therapy: The Milan approach*. London: Grune & Stratton.
- TOMM, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process* 27: 167-183.
- TOMM, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process* 27: 1-15.
- TOMM, K. (1989). Externalizing the problem and internalizing personal agency. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 8(1): 54-59.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., & JACKSON, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W.W. Norton.
- WHITE, M. (1986). Negative explanation, restraint, and double description: A template for family therapy. *Family Process* 25: 169-184.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.

NARRACION Y PSICOTERAPIA RELACIONAL

Walther Galluzzo

Istituto di Formazione e Consulenza Sistemica, Roma.

An analogy between the autobiographic histories (individual, family and social) and the identity concept is proposed. The narrative think's structure is analysed and is suggested a not deterministic conception which approach the equifinality principle. The psychotherapy process is presented as a breakage of individual and family narrative construction. A therapy history is described and an intervention model is proposed.

INTRODUCCION: DE LA DESCRIPCION OBJETIVA A LA “NARRACION” DE HISTORIAS Y MITOS

Cada persona tiende a construir una biografía propia, es decir, un relato de su propia vida, de las elecciones, los deseos, los episodios importantes, una necesidad de explicarse a sí misma de manera dinámica mediante la construcción de una historia.

Pienso que esto es importante para la construcción de una representación del sí-mismo: el sentido de identidad no es otra cosa que el reconocimiento de la propia historia.

Desde los orígenes del pensamiento, puede imaginarse que existían historias que se transmitían de padres a hijos y que esto permitía la construcción de un sentido de pertinencia que podía referirse a contextos cada vez más amplios a medida que las historias eran más conocidas y difundidas. Podemos imaginar, por ejemplo, que el relato de la gesta de un hombre que se transmite de boca en boca puede organizarse en un mito, el cual contribuye a construir los cimientos de una pertenencia que implica el reconocimiento y el compartir la referencialidad de las historias. Historias que, probablemente, al ser transmitidas pierden cada vez más su carácter de descripción empírica a favor de una “necesidad narrativa” que se enriquece con cada nueva narración hasta perder toda pretensión de ser una descripción para dar paso a una leyenda.

Cada pueblo tiene sus leyendas, épicas y extraordinarias, y los hombres construyen su identidad social a través del hecho de compartirlas o, en otras

palabras, compartiendo e identificándose con una epopeya histórica.

Se puede suponer que esto corresponde a una necesidad profunda, intangible y este sentido de pertenencia, que se desarrolla en las historias transmitidas y escritas, presenta las características de lo que, en la metapsicología junguiana, se ha llamado inconsciente colectivo.

El relato es a la realidad lo que la conciencia es a la percepción: un hilo que atraviesa la complejidad de la realidad y extrae de ésta un sentido que se desarrolla y se enriquece con el tiempo.

Como decía antes, cada uno de nosotros tiende a construir la propia autobiografía que se convierte en un esquema que filtra experiencias y percepciones, un código tácito dirigido a confirmar una representación del sí-mismo. Los relatos son una versión de la realidad, cuya aceptabilidad se halla ligada no ya a la corrección lógica o a la verificación empírica, sino a la “necesidad narrativa”.

Organizamos nuestros recuerdos en forma de relato y nuestra experiencia en tramas narrativas que tienen que ser compatibles y que no son susceptibles de verificación o falsificación ya que son “algo distinto” de la realidad. Al conocernos, intercambiamos estas historias. Las relaciones humanas significativas comportan un compartir/transformar estas tramas narrativas individuales por lo cual las historias, análogamente al modo con que se transforman en leyendas, se convierten en identidad grupal y pertenencia, es decir, en mitos.

La psicología sistémica hace tiempo que se ocupa de la génesis e identificación de los mitos familiares. Este término se refiere a una serie de creencias familiares compartidas e integradas, relativas a todos los miembros de la familia, a los roles y a las posiciones en el seno de la organización familiar (Ferreira, 1963), creencias que ninguna de las personas interesadas cuestiona, a pesar de que a menudo implican evidentes distorsiones de la realidad. Las autobiografías individuales se confrontan continuamente con los mitos familiares y de esta interacción pueden surgir elementos transformadores que pueden modificar su estructura en una relación dialéctica, donde siempre se reconoce la fuerza de los mitos familiares. El mito, de modo análogo a las historias, no sólo es una representación de la realidad con la que, sin embargo, no puede identificarse, sino que es una esquema de lectura de la realidad a la cual todos los miembros de la familia se adhieren. Crear un mito significa traducir una serie de acontecimientos y conductas reales en un relato, compartido por todos, en el cual cada uno puede encontrar una clave de lectura de las propias experiencias cotidianas sintiéndose parte integrante del grupo. Los mitos están sujetos a modificaciones a lo largo del tiempo y se sitúan en una área intermedia entre realidad y fantasía. En el entrecruzarse de mitos familiares e historias individuales en una red compleja de relaciones en evolución, pueden proponerse nuevas conexiones, nuevos significados.

Se puede suponer que el mito corresponda a una forma organizativa de la familia, encontrando más o menos dificultades en su desarrollo, de modo parecido

a las dificultades que presentan, al modificarse, las estructuras familiares.

El grado de flexibilidad de la organización familiar puede correlacionarse con la posibilidad de construir narraciones individuales que se apartan de los mitos y proporcionan en el tiempo un empuje evolutivo mediante la transformación de los mitos mismos.

Un relato no tiene el mismo valor que la descripción, aunque nazca de la misma exigencia. El relato se independiza de la “realidad” a favor del valor interno (narrativo) y toma en consideración una variable que no siempre se contempla en la descripción (mapa), es decir, el tiempo.

NARRACIONES Y SINTOMAS DESDE UNA PERSPECTIVA FAMILIAR

Por la experiencia clínica, sabemos que cuando las narraciones son ricas en atributos y pobres en acciones nos encontramos frente a representaciones estáticas y redundantes. Éstas pueden identificarse con constelaciones sintomáticas que se cronifican tanto más cuanto más carecen de “trama”.

Asistimos a menudo a una descontextualización progresiva y gradual con pérdida de nexos y significados a favor de una descripción inmutable cada vez más igual a sí misma, que se descarna progresivamente hasta llegar al auto-diagnóstico. Por otra parte, en las situaciones psicóticas, el tiempo es ve muy pronto “congelado” por la estaticidad de la descripción, dando lugar a construcciones características en las cuales el paciente identificado y la familia parecen instaurarse en una dimensión sin historia.

Estas descripciones tienen un efecto “retroactivo”, ya que condicionan también, en la medida en que son esquemas de lectura de la realidad, la percepción del pasado transformando los recuerdos.

Los relatos de los familiares en el momento de la aparición de los primeros síntomas, cuando la ruptura psicótica se manifiesta con su intensidad más dramática e interrumpe bruscamente el flujo de las narraciones, difieren bastante de las descripciones en situaciones de cronificación, que se condensan en pocas palabras, en relatos escuetos, a menudo co-construidos con el mismo lenguaje de la psiquiatría. Se pasa de frases del tipo “todo iba bien; quizás ha tomado drogas” o “es inteligente y sensible; no ha podido soportar esas circunstancias” a descripciones muy diferentes como “cuando era niño lloraba siempre”, “estaba siempre solo y no quería jugar nunca con los otros niños” o bien “siempre ha sido un problema”, etc.

En esos “*siempre*” y “*nunca*” considero que empieza la expropiación de la propia historia, que se va empobreciendo sucesivamente en posteriores descripciones.

Cuando en terapia escucho una historia me pregunto si ésta no ha sido confeccionada para el terapeuta, si la descripción no se ha visto modificada por la relación que la persona vive dentro de la terapia. Cuando los miembros de las familias relatan en una sesión de terapia familiar conjunta sus historias, esta

preocupación disminuye, en la medida en que las diferencias entre las tramas narrativas individuales que cuentan el mismo pasado y describen el mismo presente, se convierten en útiles informaciones sobre las relaciones presentes y sobre la posibilidad de su evolución futura.

Quisiera recordar con Bruner (1991) que en los relatos se utiliza un “pensamiento narrativo” que tiene que cumplir tres criterios básicos para adquirir la categoría de relato: la organización en significados más implícitos que explícitos, la subjetivización del relato y la adopción de una pluralidad de perspectivas en el sentido de interpretaciones posibles. Este pensamiento se aleja como lógica del “pensamiento paradigmático”, propio del lenguaje científico.

Así pues, como ya se ha dicho, las tramas narrativas no son susceptibles de verificación o falsificación sino de muchas interpretaciones posibles, constituyen en resumen lo que Bruner llama una “realidad en condicional”.

De este modo, plantear preguntas en terapia resulta importante también a la hora de formular hipótesis sobre los nuevos nexos o posibles conexiones potencialmente, transformadoras.

Cada sistema tiene una historia (pasado) que ejerce una influencia en las percepciones del presente y establece vínculos con el futuro. El tiempo es un “circuito autorreflexivo” (Boscolo y Bertrando, 1993) con dos polaridades, o tres (si se considera también el futuro), que se influyen recíprocamente: el pasado, mediante las narraciones, condiciona notablemente el presente, pero a su vez también el presente condiciona notablemente un pasado que se explica siempre con criterios del pensamiento narrativo.

Los pacientes y las familias que acuden a terapia traen consigo un pensamiento determinístico, que propone una causalidad lineal en pro de una presunta objetividad, tendente a expropiar a las personas de sus “competencias narrativas”. Repropone en términos dialógicos una subjetividad y una pluralidad de interpretaciones es de por sí un acto terapéutico, el cual hace posible transformaciones, que, a su vez, repropone diferentes tramas narrativas, mediante una reapertura de circuitos autorreflexivos del tiempo, permitiendo una libre circulación de la información. Esto corresponde a un cambio de la epistemología del paciente (familia) que pasa, mediante la transformación de la historia de una lógica determinística (causa-efecto, pasado-presente) a una lógica circular (circuitos autorreflexivos abiertos) que se aproxima al principio de equifinalidad: diferentes causas pueden dar lugar a un mismo efecto y de una misma causa pueden derivarse diferentes efectos. Modificar una historia equivale a modificar el sistema de premisas que condiciona fuertemente el presente y el futuro. En la terapia con familias (narración supra-individual) aparece casi siempre el nivel mítico y las instancias transformadoras favorecen una relectura en términos abiertos y evolutivos de una mito que, en las situaciones problemáticas, actúa a menudo como guardián de la homeostasis.

LA INTERVENCION TERAPEUTICA CON LAS FAMILIAS: COMO TRANSFORMAR LAS NARRACIONES

Partiendo de la metáfora narrativa en terapia familiar se pueden proponer dos modos (no alternativos) de operar para propiciar las transformaciones.

La operatividad se centra sobre el concepto de estructura de la trama narrativa y puede hacerse explícita mediante intervenciones des-estructurantes, en general durante la sesión de terapia o bien con intervenciones re-estructurantes, que habitualmente constituyen la intervención final de las sesiones.

A) Desestructuración

Utilizando técnicas de entrevista, inversiones de puntuación, redefiniciones en positivo, etc, se propicia en términos dialógicos la crisis de las premisas que determinísticamente caracterizan, a través de las historias relatadas, la restricción de la libertad de elección y, por lo tanto, de la libertad de cambiar.

Las técnicas de entrevista circular se encaminan a la superación de la tautología narrativa a favor de la formulación de hipótesis que proponen una doble descripción (Bateson, 1976). Hacer preguntas sobre cómo las personas se influyen recíprocamente respecto al problema (y a su mantenimiento) invierte la tendencia cultural a erradicar los problemas de las relaciones sociales atribuyéndolos a las características de las personas (Foucault, 1965). Esta modalidad de entrevista introduce elementos de contradicción, poniendo de manifiesto las “situaciones únicas” o excepcionales, es decir, “toda una serie acontecimientos, ideas, sentimientos e intenciones que los componentes de las familias eligen no tomar en cuenta, mientras que inconscientemente participan en la supervivencia del problema” (White, 1992).

Compartir una focalización sobre las “situaciones únicas” que contradicen las descripciones del problema favorece, ya de por sí, cambios significativos debidos a la introducción de una descripción diferente.

La doble descripción que se establece introduce elementos de información y, por lo tanto, de cambio, pero exige “alguna forma de mecanismo selectivo que pueda explicar la persistencia de la nueva idea” (Bateson, 1976), ya que las situaciones únicas son normalmente ignoradas en las narraciones individuales o familiares.

Así pues, la percepción de la diferencia, que se convierte en un elemento esencial para la formulación de nuevas preguntas y nuevas respuestas, exige que los miembros de la familia *perciban una contradicción* entre dos o más descripciones, y es un elemento desestructurante de las construcciones narrativas ligadas al problema.

Puntuar de manera diferente una secuencia de acontecimientos, que caracteriza el nudo narrativo, puede considerarse otra modalidad desestructurante mucho más usada en las sesiones de terapia familiar. También en este caso se propone una lectura que no es compatible con la historia relatada y se sientan las bases, mediante la determinación de una doble descripción, para la construcción de una nueva

historia.

Igualmente, las redefiniciones en positivo, mediante una connotación diferente de la acción y, por lo tanto, de las atribuciones relacionadas con ella, introducen perspectivas nuevas que proponen una desestructuración de la trama narrativa centrada sobre el síntoma que presenta la familia.

Se han identificado y descrito otras microprácticas (Sluzki, 1991) como la re-historización, la recontextualización, la subjetivización, etc. que propiciarían una transformación terapéutica. Considero que esta transformación puede atribuirse a la introducción de informaciones que de alguna manera “rompen” la estructura de la descripción y son más eficaces cuanto más sustanciosas, es decir, en la medida en que centran los nudos narrativos.

B) Reestructuración

Entiendo con este término la proposición por parte del terapeuta de una reelaboración de las historias que presenta la familia, que tiende a recuperar un valor evolutivo a menudo aprisionado por los mitos familiares, y a “reorganizar” el pasado, permitiendo redefinir aquellos nudos que con frecuencia se reencuentran en el presente como obstáculos insuperables. Frecuentemente son nudos anclados en vivencias emocionales intensas que reactivan situaciones de apego/pérdida y que mediante generalizaciones se expanden hasta caracterizar los relatos que se convierten cada vez más “objetivos” y determinísticos, perdiendo incluso la construcción narrativa a favor de una descripción rica en atributos y, como tal, pobre en informaciones.

Al proponer estas nuevas historias se tiene que afrontar el problema de encontrar un lenguaje que pueda respetar la subjetividad de los individuos y permita, al mismo tiempo, captar el aspecto mítico familiar; el problema, pues, de encontrar una descripción narrativa que debe contemplar la posibilidad de una multiplicidad de interpretaciones. Por este motivo, las historias que el terapeuta repropone se formulan preferiblemente bajo una forma metafórica.

La metáfora deja un margen de ambigüedad que consiente a la familia sentir que una relectura del propio pasado no es amenazante. La intervención puede ser propuesta como una parábola, una fábula, una historia que evoca por analogía las vicisitudes familiares, las presenta bajo otra forma, restituye una trama a la fragmentación de las tramas, un elemento evolutivo en una situación caracterizada por la prevalencia de la homeostasis.

UN EJEMPLO CLINICO: LA TERAPIA DE DONATELLA

La familia F. es derivada a una terapia familiar por un psicólogo de un Centro de Higiene Mental debido al problema que presenta Donatella, una chica de 17 años con “transtornos de la conducta, del pensamiento y de la percepción, trastornos de la ideación y actitud autística”.

La madre explica que, ocho meses antes, después de un “golpe en la cabeza”, es decir, después de un leve trauma craneal accidental, la chica empezó de repente a tener conductas incongruentes, hablaba con frases inconexas, se mostraba agresiva hacia sí misma, estando en aquel período el padre ausente con motivo de un viaje. La situación, al poco tiempo, se volvió imposible de manejar y dió lugar a un ingreso con tratamiento psicofarmacológico masivo, llegando incluso a un estado de “pre-coma”, y a un posterior ingreso en una servicio de neurología de otra ciudad (Florencia) de donde salió dada de alta aunque continuaba estando confusa y trastornada.

De regreso a casa, Donatella inició una terapia individual; pero después de dos meses de silencio, fugas y actitudes hostiles, se le aconsejó una terapia familiar en nuestro centro, en Cagliari. Se trata de una familia compuesta por cinco personas: el padre, de 46 años, pensionista por invalidez laboral; la madre, 37 años, titular de una tienda de flores; la paciente identificada y dos hermanos de 13 y 8 años, vivaces y bien educados. Los dos padres evidencian físicamente la diferencia de edad: el padre tiene un aspecto de dejadez y parece envejecido mientras que la madre, con pantalones y con el pelo corto, parece aún más joven de lo que es. Están todos muy preocupados, Donatella parece ausente y perpleja, responde con monosílabos y, a menudo, de un modo no pertinente; los hermanos la tratan como a una deficiente.

Se relata la historia del problema y de la familia. Los padres, ambos sardos, después de casarse emigraron a Suiza, donde nació Donatella. Durante la primera infancia, puesto que la madre trabajaba, la confiaban a una señora y durante el verano la “enviaban” a Cerdeña con los familiares a pasar las vacaciones... En un período posterior, el padre sufrió una intervención quirúrgica a causa de una hernia discal lumbar, y se dieron una serie de complicaciones que no le permitieron trabajar más, por lo que decidieron regresar a Cerdeña, después de que le fuera asignada una pensión que les consentía vivir decorosamente en la isla. La madre acepta mal la vuelta a una tierra con cuya mentalidad y concepción del rol femenino no comulga, y manifiesta la intención de trabajar hasta conseguir abrir una tienda de flores. Donatella vive intensamente las contradicciones de la doble cultura, el interior de la Cerdeña y el mito de Suiza, que revive cotidianamente a través de los posicionamientos de la madre...

Las sesiones iniciales se desarrollan con dificultad y se utilizan “microprácticas” desestructurantes. Describiré sólo las intervenciones finales de algunas sesiones ya que considero que pueden dar una idea de la construcción terapéutica.

Primera sesión (la confusión):

La confusión de Donatella parece un poco ser también la nuestra, como si lo que no se dice fuera más importante que lo que se dice... Pensamos que esta mujer-niña de nombre Donatella ha asumido, en su familia, una tarea superior a sus fuerzas, como el decir “menos flores y más acciones”. Sorprende su rabia, el sentimiento de

soledad y de impotencia que hace pensar en una persona ocupada en una hazaña épica (sentimos que Donatella es generosa a este respecto).

Durante el difícil contacto con la joven paciente identificada, en la primera sesión, se utilizó ampliamente el lenguaje metafórico y así a la pregunta de “¿de qué equipo eres?” la paciente respondió que de la Fiorentina (también nosotros somos de este equipo de fútbol). Decidimos comunicar nuestra alianza no ya directamente a la paciente sino a una posición suya expresada que evoca, por analogía, la derivación a la terapia familiar y a la única experiencia terapéutica anterior, vivida como no amenazante por Donatella.

Segunda sesión (la disociación).

Durante la sesión, en que Donatella se muestra más participativa y atenta, se propone una entrevista con una chica imaginaria, a la cual se le da el nombre de Paola, y Donatella empieza a contar cosas sobre sí misma bajo otro nombre.

“Érase una vez un rey que partió hacia las cruzadas y la reina madre parecía que reinase en su lugar. Había dos pequeños príncipes que jugaban e iban a cazar porque eran demasiado jóvenes para ocuparse del reino, y una princesa, silenciosa y soñadora. Y la princesa soñaba con una mujer-niña, Paola, que había conocido la soledad profunda y el dolor de la ausencia, la rabia de sentirse invisible y el sentimiento de catástrofe al mínimo movimiento o cambio. Pero Paola, mediante la magia, empieza danzando a pensar en el reino de la princesa y en una princesa sin reino, finalmente mujer, y conoce la fascinación del mundo, descubre los colores, los sabores y los sonidos. Pero todo esto es un sueño, la princesa tendrá que continuar soñando si quiere mantener unido el reino. ¿Y si todo esto no fuera más que un sueño?”.

Esta construcción, que podemos definir de construcción mimética, va dirigida a Donatella y a su experiencia fragmentada de aquel período proponiendo una reconstrucción de nexos y significados: la princesa soñadora reconduce sus vivencias psicóticas de aquella niña imaginaria llamada Paola en la red familiar, propone cuál es su objetivo (tener unido el reino) pero plantea también la relatividad de esta construcción (“¿Y si todo esto no fuera más que un sueño?”).

Los otros miembros de la familia, muy aliviados por esta implícita auto-culpabilización que acompaña frecuentemente a estas vicisitudes humanas, empiezan a tomar en consideración otra hipótesis del relato, reaccionan bien y en sintonía y se forma un sistema terapéutico que se dirige a la búsqueda de una redefinición de la historia.

Tercera y cuarta sesión (la soledad).

“Érase una vez un caballero noble y generoso, que se pasaba la vida combatiendo con dragones para defender reinos que no siempre eran suyos. Era fuerte e invencible y nadie lograba superarle. No lo sabía pero era víctima de un encanta-

miento que a un cierto punto se rompió. Y el noble caballero se encontró solo con la lanza en mano apuntando contra un molino de viento que un instante antes era un dragón llameante. Ahora se encuentra solo y no hay dragones que combatir, solamente un gran vacío alrededor. Pero él es noble, generoso y fuerte y en el mundo de los molinos seguramente habrá también un lugar para él. Aunque quizás alguna vez tendrá la tentación de recrear dragones en lugar de molinos”.

Utilizando siempre el lenguaje de las fábulas, se afronta la vivencia de la soledad y se explora el vacío existencial que a menudo sigue al abandono de las construcciones delirantes, se subrayan las cualidades positivas de Donatella y se anima la solidaridad familiar que se repropone en términos no amenazantes para la individuación.

Quinta sesión (la identidad).

“Érase una niña a la que abandonaron, dándola en adopción, cuando aún era muy pequeña. En realidad, sus padres se habían visto obligados por las dificultades de la vida a separarse de un don tan precioso. Cuando la niña se convirtió en una muchacha sensible y generosa, no se sabe bien porqué, quizás a causa de un golpe en la cabeza, siente que a los padres les ha faltado aquella niña y, de este modo, decide volverse pequeña también para encontrar de nuevo a sus padres. Pero ellos no pudieron entenderlo y parecían no reconocerla y, de esta manera, se convirtieron en otras personas. Ahora existe una Donatella mayor que ha vuelto con un hormigueo en el cuerpo, pero que no consigue encontrar su lugar. Sabemos que este lugar existe pero existe también el miedo de no ser reconocida”.

El tema de esta sesión es la redefinición de la construcción positiva que en el delirio Donatella propone obstinadamente: “sus padres son otras personas, la madre de noche le implanta vello en las piernas, el padre le provoca el ciclo menstrual, etc...”. Hasta el nudo de la identidad mediante el cual se propone, utilizando el significativo del nombre de Donatella (de *donare*, la que ha sido donada), una relectura de las vivencias infantiles de abandono. Mediante esta re-descripción se interpreta el delirio en clave co-evolutiva familiar, de modo que las atribuciones de extrañamiento que Donatella experimenta aún respecto a los padres, adquieren para la familia un sentido “histórico” compatible con modalidades identificadas de relación que se manifiestan, a pesar de la confusión de las conductas, a lo largo de la evolución de las relaciones familiares. El “hormigueo en el cuerpo” subraya el despertar, después de un largo período de sopor debido a los neurolépticos que Donatella vive en concomitancia a la crisis.

Sexta sesión (los padres).

Se da una remisión de la sintomatología en Donatella, y, como a menudo sucede en estas situaciones, se pone de manifiesto con fuerza el conflicto existente entre los padres. “En 1945, encontramos dos grandes potencias que dividen el

mundo. Sufren un miedo recíproco de ser invadidos pero también tienen miedo de la guerra que sienten como una amenaza para todos. Mantienen relaciones diplomáticas normales y en el mundo estallan pequeñas guerras entre países más pequeños, financiadas por las grandes potencias. Los países más pequeños tienen que alinearse con alguna de ellas para poder sobrevivir, pero alguno, con grandes dificultades, rechaza el alineamiento. Y los balances de las grandes potencias se orientan siempre hacia la adquisición de armamento cada vez más sofisticado y competitivo, hasta llegar a la crisis interna. Por otra parte, existe la conciencia de que ninguno de los dos puede vencer, ya que esto pondría en peligro el equilibrio del planeta...”.

En la última metáfora, que podríamos definir de “guerra fría”, el sentido evolutivo había sido proporcionado por la historia, la caída del muro de Berlín y la unificación de las dos Alemanias estaban presentes en todos los periódicos (los cónyuges F. habían vivido en la Suiza alemana durante el período de la emigración) y con gran entusiasmo los dos se dedicaron a la “reconstrucción”.

Comentarios

He querido describir algunos momentos de esta terapia para poner de relieve la utilización, en este modelo de intervención terapéutico, de lenguajes diferentes estructurados en historias que proponen, mediante el uso de palabras-clave recuperadas del léxico familiar, la reelaboración de nudos narrativos y su recreación en forma evolutiva.

Con esta “ficción” la historia de esta familia se hace susceptible de ser narrada por ellos, y a la vez, mediante la relectura del mito familiar, e individualmente, utilizando las propuestas de indicios dirigidos a la reestructuración en el sentido histórico de las narraciones individuales.

En la historia del pensamiento sistémico sólo recientemente las temáticas narrativas se han tomado en consideración. En los inicios del pensamiento sistémico, el paradigma cibernético tomó en consideración prevalentemente el modo en el cual los sistemas mantienen su propia organización: el concepto de homeostasis ponía de relieve una secuencia de acontecimientos que llevaba al sistema, de manera cíclica, a la misma organización. Se podía prever el futuro con exactitud en relación a las retroacciones negativas.

Los sistemas se analizaban en un “tiempo cero” tomando en consideración su estructura y utilizando como máximo metáforas espaciales y las historias se ponían en relación con un paradigma lineal (causa-efecto) y, por lo tanto, se las tomaba poco en consideración.

De todas maneras, también en aquella época se formularon modelos diacrónicos como la introducción del concepto de mito familiar de Ferreira o el modelo multigeneracional de Bowen.

Con la introducción del concepto de “amplificación de la desviación” la atención se desplaza hacia aquellos procesos transformadores que, mediante la

inducción de crisis a partir de los acontecimientos iniciales, aunque fueran de importancia mínima, introducían un cambio en la organización familiar (segunda cibernética).

En los años 80, Von Foerster desplaza la atención sobre el rol del observador en el proceso del conocimiento proponiendo una “cibernética de segundo orden” que toma en consideración las teorías, los constructos y la epistemología del observador (el terapeuta) y, por lo tanto, su subjetividad.

Estas consideraciones llevan a un paradigma constructivista, es decir, a la elaboración de los conceptos de co-construcción de la realidad y de co-evolución en las relaciones humanas recuperando, pues, una perspectiva histórica considerada generalmente como “construcción de historias” o narraciones.

La metáfora narrativa, por tanto, recupera una concepción diacrónica en la terapia con las familias: ofrecer elementos para la co-construcción de nuevas historias. Se convierte en un potente catalizador de la recuperación de la flexibilidad de la organización individual y familiar mediante la cual es posible suponer un aumento de la posibilidad de “elección” y, por lo tanto, una recuperación del valor evolutivo de las descripciones.

Se propone una analogía entre la construcción de historias autobiográficas (individuales, familiares y/o sociales) y el concepto de identidad. Se analiza la estructura del pensamiento narrativo y se sugiere una concepción no determinística del tiempo que se aproxima al principio de equifinalidad. El proceso psicoterapéutico se presenta como una estructuración de las tramas narrativas individuales y familiares. Finalmente se exponen un caso terapéutico y un modelo de intervención.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció en *Psicobiattivo*, 14, 11-20, (1994) con el título “Narrazione e psicoterapia relazionale”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- ANDOLFI, M., & ANGELO, C. (1987). *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*. Torino: Boringhieri.
- BATESON, G. (1976). *Ecologia della mente*. Milano: Adelphi. (Original inglés, 1972. Trad. cast. en Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1985).
- BATESON, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi. (Original inglés, 1979. Trad. cast. en Ed. Amorrortu, 1981).
- BOSCOLO, L., & BERTRANDO, P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati-Boringhieri.
- BOWEN, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- BRUNER, J. (1988). *La realtà a più dimensioni*. Bari: Laterza. (Original inglés, 1986. Trad. cast. en Ed. Gedisa, 1988).
- BRUNER, J. (1991). La costruzione narrativa della "realtà". In M. Ammanniti e D.N. Stern, *Representazioni e narrazioni*. Bari: Laterza.
- FERREIRA, A.J. (1963). Family, myths and homeostasis. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 9, 457-63.
- ERICKSON, M.H. (1983). *La mia voce ti accompagnerà*. Roma: Astrolabio Ubaldini. (Original inglés compilado por S. Rosen, 1982. Trad. cast. en Ed. Paidós, 1986).
- ONNIS, L., & GALLUZZO, W. (1990). La relazione terapeutica in un'ottica sistemica. Qualche considerazione epistemologica su un dibattito in corso. *Psicobiettivo*, 10 (1), 37-48. (Trad. cast. en *Revista de Psicoterapia*, 5, 63-76, 1991)
- HALEY, J. (1976). *Terapie non comuni*. Roma: Astrolabio. (Original inglés, 1973. Trad. cast. en Ed. Amorrortu, 1980)
- SLUZKI, C. (1991). La trasformazione terapeutica delle trame narrative. *Terapia Familiare*, 36.
- TELFENER, U. (1992). Introduzione. In M. White, *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.
- VAIHINGER, H. (1967). *La filosofia del come se*. Roma: Ubaldini.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. & JACKSON, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio. (Original inglés, 1967. Trad. cast. en Ed. Herder, 1981).
- WHITE, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.

NARRATIVAS DE LA ESQUIZOFRENIA. EL USO DE LA ESTRUCTURA NARRATIVA EN LA INVESTIGACION FENOMENOLOGICA.

Larry Davidson
Yale University

The report demonstrates how narrative findings from phenomenological research can provide insights into the structures of lived experience that generalize beyond the individual cases. Building upon a narrative perspective, the author suggests that the phenomenological study of schizophrenic delusions can disclose the subjective lives of people struggling with this illness. Viewing delusions as stories that people with schizophrenia tell about their lives further suggests that delusions may play a role in the course of the disorder as "regulatory mechanisms" that help people modulate the amount of change to which they will have to adapt in the context of significant life events.

"... la experiencia del pasado, revivida en el significado, no es tan sólo una experiencia de una vida sino la de muchas generaciones" (T.S. Elliot)

La actividad narrativa ha podido desempeñar dos grandes roles en la teoría e investigación psicológica. En su primer rol ha servido como estilo de presentación de los descubrimientos en el estudio de casos. Tal como puede verse en las tradiciones de la psicología individual y del psicoanálisis, la investigación de un solo sujeto se presenta en forma de relato de su vida, con el fin de ilustrar aquellos factores que se cree actúan al determinar una conducta. Aquí la narración se utiliza simplemente para comunicar de otra forma lo que sería una explicación teórica basada en principios no narrativos (por ejemplo causales). En su segundo rol la narración ha representado una estructura integral de la experiencia humana. En desarrollos recientes de la tradición de las ciencias humanas (Gergen & Gergen, 1986; Polikihorne, 1988; Sarbin, 1986, 1990; Schafer, 1981; Spence, 1982) así como en las neurociencias cognitivas (Bruner, 1986; Dennett, 1991; Shank, 1990) la narrativa juega un puesto central en nuestro entendimiento de la conducta humana. En este caso se ha hecho uso de la narración para dar lugar a un paradigma de la

cognición humana, pero se ha utilizado pocas veces como estilo de presentación de hallazgos derivados de investigaciones hechas con sujetos únicos.

Las críticas al uso de las narrativas en psicología se deben básicamente a dos supuestos. Una de las críticas sostiene que el relato de una vida no aporta un camino fiable a la verdad científica, ya que la ciencia se basa en datos cuantificables, y métodos estandarizados objetivos y reproducibles. Y aunque, en efecto, estuviéramos de acuerdo con el contenido de un supuesto relato, los críticos sugerirían que la interpretación del relato en cuestión sufriría una tremenda variación en función de las tendencias teóricas de cada intérprete, no habiendo pues modo fiable de determinar la validez o invalidez de las interpretaciones. Aquí los supuestos operativos sostienen que existen formas más fiables y válidas de aproximación a la verdad humana que no cuentan con la interpretación o narración. La segunda crítica apunta que a pesar de que el relato sobre vidas nos ofrece un valioso *insight* de las conductas del individuo, no nos aportan una vía generalizable a la verdad científica, ya que la ciencia se interesa por leyes que determinan la conducta entre individuos. Esta crítica argumenta que, de haber algo que pueda aprenderse a través de la narración, lo aprendido está sujeto exclusivamente al caso en cuestión y por tanto aporta un limitado *insight* de las acciones de los demás. En este caso los supuestos operativos sostienen que las leyes que gobiernan la conducta humana no se perciben cuando actúan de forma inteligible a través de la experiencia de un sujeto individual, sino que sólo se pueden descubrir por medios indirectos a través de estudios que controlen las diferencias individuales (cf. Eells, 1991).

En este artículo responderé a estas dos críticas sobre el uso de la narración en la ciencia y también haré una síntesis de los dos roles que la narración ha aportado a la teoría e investigaciones psicológicas. Utilizaré medios narrativos, por ejemplo el relato, con el fin de ilustrar cómo los principios narrativos juegan un papel importante en la determinación de la conducta humana. Esta historia proviene de una investigación en curso que dirijo en colaboración con John Strauss en el Centro para el Estudio de Transtornos Psiquiátricos Crónicos del Colegio de Medicina de la Universidad de Yale y el Centro de Salud Mental de Connecticut que trata los procesos de mejoría en la esquizofrenia (Davidson y Strauss, 1992). A través de la exploración de un capítulo de la historia de la vida de una mujer luchando contra su esquizofrenia, espero mostrar cómo el uso de la estructura narrativa en la investigación fenomenológica nos ofrece una vía fiable y válida para descubrir principios que van más allá del caso individual. Con el fin de demostrar el valor de estos principios narrativos, procederé brevemente a dirigir las implicaciones de los *insights* logrados en este relato hacia el entendimiento de enfermedades mentales graves. En resumen, sugiero que la integración de las estrategias de investigación tanto subjetivas como objetivas nos pueden aportar un mayor entendimiento de la enfermedad y de su impacto en las vidas de las personas que contando sólo con la aproximación de una sola de ellas.

EL CARRETE DE HILO

Cuando conocí por primera vez a Nancy quedé fascinado por su simpatía y aspecto juvenil. A sus casi cuarenta años, parecía una jovencita preguntona, cuya madre hubiera vestido con atuendos decididamente “femeninos”. También sabía ser muy agradable a la vez que demostraba tener buenos conocimientos sobre comportamiento social y protocolo. Había sido derivada a nuestro programa diurno por su psiquiatra particular. Éste la conocía desde hacía algún tiempo, creo que desde hacía siete años, y nunca recordaba haberla visto tan ansiosa y desalentada como entonces. La había enviado a nuestro programa para evitar su hospitalización, con la esperanza de que apartándola de casa durante unas horas al día y en un marco estructurado, la ayudaría a mitigar la preocupación acerca de ese futuro que veía tan vacío y tortuoso. Cuando fue admitida, Nancy parecía más afortunada que el resto de nuestros pacientes ya que había estado viviendo con sus padres durante los últimos siete años fuera del hospital.

Durante las primeras semanas Nancy encajó bien dentro de nuestra comunidad, realizando todas las tareas que se le asignaban, colaborando cortésmente con el personal y llevándose bien con el resto de los pacientes compañeros de ella. A menudo decía cosas que los demás no comprendían, por ejemplo, que se había muerto de niña o que sus padres habían sido asesinados y reemplazados por dos impostores, pero en otras ocasiones nos revelaba que estaba preocupada por la salud de sus padres y por su posible muerte, preguntándose cómo sería su vida cuando estos dejaran de existir.

Intentaremos dirigir estas preocupaciones con Nancy, explorando el significado y las ramificaciones de la futura muerte de sus padres, y le sugerimos que se involucrara en otros intereses y personas fuera de su casa.

Fue entonces cuando al llegar una mañana Nancy anunció orgullosamente al personal y a los pacientes que se sentía afortunada porque la tarde anterior se había comprado su propio y primer carrete de hilo. Toda radiante de alegría nos contaba cómo había estado ahorrando durante la última semana para comprarse su carrete de hilo azul marino, con el que pensaba aprender a coser esa misma tarde. Tras la compra de ese hilo, el estado de ánimo de Nancy parecía haber cambiado de un estado de desasosiego ansioso hacia una exploración de impaciencia, ya que se volvió activa explorando el programa vocacional y el club psicosocial al que podía asistir siguiendo nuestro programa de día. Empezó a sentirse especialmente interesada en bailes donde creía poder llegar a conocer al novio deseado, y en clases de informática donde podría aprender un programa de procesamiento de textos. Me acerqué a Nancy unos días después de que hubiera comprado el carrete de hilo, y le pregunté no obstante si ya había tenido la ocasión de empezar la costura. Abriendo su bolso para enseñarme lo bien gurdado que tenía su hilo me contestó que ahora le resultaba impensable el utilizar ese hilo para coser, ya que había descubierto que era un objeto mágico que infería poderes sobrehumanos y sensaciones de

exhuberancia a quienes lo poseían, hasta tal punto que debía llevarlo siempre consigo y que había comprado un carrito similar para su psiquiatra como regalo.

Lo que acabo de presentar es un fragmento de la historia de la vida de Nancy. He evitado utilizar elementos estandarizados tales como los de los formatos destinados al historial de casos de diagnóstico y enfermedades mentales, a fin de poder darle más sentido al desarrollo de la narración durante el tiempo que tuve contacto con Nancy.

Aunque necesariamente limitada, espero que esta historia nos haya permitido dar una ojeada adecuada a uno de los aspectos de la vida de Nancy.

Espero que también incite a muchas preguntas; tales como, por qué a sus casi cuarenta años esta mujer encontraba tan significativa la simple compra de un carrito de hilo, por qué esta compra parecía darle un impacto tan dramático al curso de su tratamiento, y por qué llegó a creer que el carrito poseía poderes mágicos.

NARRATIVAS FRENTE A NOSOLOGÍA

Las perspectivas de las ciencias humanas sobre la narración nos sugieren que busquemos estos aspectos en la historia de la vida de Nancy para responder a estas preguntas que surgen en el contexto del desarrollo de un capítulo de su historia, cabría esperar el encontrar estas respuestas entrelazadas dentro de otros detalles, otros capítulos de su narración. Hasta cierto punto, esto demuestra ser una aproximación muy valiosa para llegar a comprender completamente esta historia.

Durante el curso de mis tres meses de contacto con Nancy llegué a descubrir otros detalles que me ayudaron a encontrarle un sentido a sus afirmaciones y a su conducta. Los padres de Nancy tenían problemas con la bebida y sus dos hermanos no tardaron en irse de casa huyendo del panorama conflictivo.

Nancy había tenido que hacerse cargo de las responsabilidades de la casa mucho antes de que sus padres empezaran a tener problemas de salud, la compra, la cocina, la lavandería y otros quehaceres domésticos. Cuando no salía a hacer encargos, el quedarse en casa la convertía en confidente de su madre, haciéndole compañía mientras su padre estaba en el trabajo o bebiendo. Por otra parte el padre de Nancy, hacía tiempo que la había excluido de su vida debido a su historia de problemas psiquiátricos. Desde su última hospitalización a la edad de 30 años, Nancy se había convertido en la Cenicienta de su familia, obedeciendo las órdenes de su madre, apartándose del camino de su padre, manteniendo la casa limpia y solapando sus propios sueños.

Conforme esta imagen de la vida de Nancy en su casa se hacía más evidente, el equipo del hospital empezó a trabajar con ella para hacerle definir aquellas cosas que quería hacer por sí misma y las formas en que podía ir empezando a separarse de sus padres. Su clínico trabajó activamente con Nancy y con su madre para dirigir los conflictos en casa, y para ir limitando las responsabilidades de Nancy con el fin de que ésta tuviera tiempo libre para dedicar a sus propios intereses. Fue en este

contexto cuando Nancy expresó por primera vez su interés por la costura. Decidió que le gustaría aprender a coser y no teniendo dinero propio, le preguntó a su madre si le podía dar algún dinero para comprar material de costura. Su madre lo vio como un gasto innecesario y le dijo que usara las agujas e hilo que tenían en casa. Nancy expresó su frustración al respecto en una de las reuniones de grupo del hospital de día, pero sólo logró que se la animara a seguir adelante con la costura usando el material de su madre, ya que lo más importante era que aprendiese a coser. Fue entonces cuando unos días después de esta discusión, Nancy llegó al programa anunciando que había guardado los cambios de las compras y se había comprado su propio carrete de hilo. El orgullo y la sensación de logro personal con esta acción nos sugería que esta compra de hilo había marcado en Nancy el primer intento en desarrollar su identidad por si misma, fuera del hogar de los padres y hasta cierto punto desafiando la voluntad de los mismos.

A través de esta narración más extensa ya podemos contestar algunas de las preguntas sugeridas anteriormente. Ahora ya podemos comprender mejor el significado que la compra del hilo tuvo para Nancy y su impacto en el curso del tratamiento.

El haber dado un primer paso por si misma empezó a darle una identidad propia que la animó al ejercicio de otras formas más arriesgadas y sustanciales. El descubrir que podrá “salir adelante” al comprarse su propio material de costura la condujo a la exploración de danza en un club social y a recibir clases de informática.

¿Pero qué hay de las restantes preguntas? ¿Por qué Nancy confería poderes mágicos al hilo y por qué le daba una mujer de casi cuarenta años tanta importancia a la compra de un carrete de hilo? Las circunstancias que envolvían la vida de Nancy por si mismas no justificaban estos aspectos de su experiencia. Mucha gente crece en hogares con padres alcohólicos sin llegar nunca a creer que los carretes de hilo poseen poderes mágicos. Esto no es un tótem impuesto culturalmente por la comunidad religiosa o étnica de Nancy, ni tampoco queda claro el por qué atribuyó su sentimiento de orgullo y eficacia al hilo en vez de a su mérito personal.

Para poder responder estas preguntas nos convendría pasar de la perspectiva narrativa de la vida de Nancy, a la perspectiva objetivo-descriptiva de la clínica psiquiátrica que nos informa de la labor realizada en el hospital de día donde se seguía el tratamiento de Nancy. Si pasamos a la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Tratamientos Mentales publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (1987), podremos comprobar que los síntomas que presenta Nancy cumplen con los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia. Bajo esta categoría algunas de las conductas de Nancy, como las de sus extrañas creencias, pueden ser reinterpretadas como síntomas de esta enfermedad, mientras que otros aspectos de su vida, tales como las de su retraso en el desarrollo social pueden concebirse como déficits o inhabilidades asociadas al curso de la misma.

Con frecuencia se pueden hacer estas inferencias sobre la conducta de las personas sin apenas conocer la historia de su vida. Mientras que evidentemente el

DSM-III-R requiere que “los signos del trastorno estén presentes durante un periodo ininterrumpido de seis meses como mínimo” para poder dar el diagnóstico de esquizofrenia (1987, p. 194), un clínico debería conocer muchos más datos de la vida de Nancy para poder clasificar las creencias que tenía Nancy acerca de su hilo como síntomas de un trastorno psiquiátrico. Estos comentarios por sí solos ya nos muestran los clásicos signos de la esquizofrenia, tales como las ideas delirantes de referencia, y de control y la afectividad inapropiada. Con tales determinaciones, el origen de la conducta de Nancy puede inferirse sin apenas comprender la historia de su vida. ¿Qué utilidad aporta la información de este tipo de “antecedente”? ¿Qué valor tiene la perspectiva narrativa de la experiencia de su vida cuando la clasificación de su conducta en términos objetivo-descriptivos nos permite explicar todo aquello que para nosotros es tan enigmático?

DOS HISTORIAS SOBRE NANCY.

Las críticas al uso de la narración en psicología a menudo radican precisamente en este tipo de preguntas relacionadas con el valor de la información que nos ofrecen las experiencias de las personas. Si podemos construir teorías que justifiquen las conductas en base a métodos estandarizados y datos objetivos, ¿por qué molestarse en obtener datos subjetivos de menos rigurosidad y que permanecen abiertos a un sinnúmero de interpretaciones? Y aún suponiendo que pudiésemos determinar la verdad del comportamiento de un individuo a través de dichos métodos, ¿no serían más factibles las explicaciones generalizables aplicadas a través de los individuos?

La primera respuesta a estas objeciones, las cuales vienen dándose desde por lo menos los tiempos de Jaspers (1913/1963), es que mientras las aproximaciones objetivo-descriptivas pueden explicar la forma de esquizofrenia de las experiencias de Nancy, no pueden sin embargo explicar su contenido. El saber que Nancy tiene una esquizofrenia nos ayuda a comprender que sufre ideas delirantes pero no nos ayuda a comprender el por qué tiene esos delirios en particular. El saber que Nancy sufre ideas delirantes no explica en sí ni por sí mismo el significado que ella le dio al carrete de hilo, ni lo que es más importante, cómo pudo este hilo jugar un papel tan decisivo en su tratamiento. Tal como vinieron insistiendo tanto los clínicos psicoanalíticos, es importante conocer el significado de los síntomas y explorar cómo estos significados se entretajan en las tempranas experiencias de la historia de la vida del individuo. Esto nos ofrece un ejemplo de cómo la investigación narrativa nos da un *insight* de los aspectos de la experiencia que son específicos al individuo: aspectos que de otro modo se pasarían por alto en investigaciones de control de diferencias del individuo. Habrá pocas personas, si las hay, que teniendo esquizofrenia le confieran el mismo significado al hilo, lo cual vuelve a suscitar la cuestionabilidad de la generalización de la perspectiva narrativa en investigación.

La segunda respuesta a estas objeciones tal vez tenga un mayor alcance. En las

críticas enumeradas antes se asume que la aproximación objetivo-descriptiva a las enfermedades mentales nos proporciona caminos más fiables y válidos para generalizar las verdades sobre la conducta humana, que las basadas en la interpretación y narración de historias.

Desde que Heisenberg articulara su principio de relatividad en el nivel subatómico, ha habido una cierta aceptación de que las teorías científicas no descubren estructuras de realidad subyacentes sino que más bien constituyen esquemas conceptuales para entender aspectos de la experiencia. La empresa científica como tal, en este sentido, funciona dando sentido a los hechos de la experiencia -"hechos" que ahora reconocemos son relativos a la perspectiva en la cual han sido experimentados. Una vez que la naturaleza de la perspectiva de la ciencia se ha reconocido, queda evidente que hasta la misma aproximación objetivo-descriptiva de la clínica psiquiátrica, se basa en el relato y la interpretación de las historias (Howard, 1991; Scarr, 1985), y que estos relatos se juzgan más en base a su capacidad persuasiva que a su correspondencia con una realidad objetiva (Kuhn, 1970; Rorty, 1979).

En el caso que nos ocupa, a lo largo de la historia de la propia vida de Nancy nos vemos pues inducidos a considerar el "relato" de cómo la esquizofrenia quedaba aislada como entidad de trastorno y conceptualizada como suele hacerse en la práctica diagnóstica a través del DSM-III-R (1987). Esta historia es previa al trabajo de Kraepelin y Bleuler en el contexto de la Europa de finales de siglo (cf. e.g., Foucault, 1961/1965), rodeando el camino a través del desarrollo de las instituciones profesionales de la psiquiatría contemporánea, albergando reuniones y debates del subcomité del DSM-III-R que diseñó el capítulo de la esquizofrenia y concluyendo con la justificación de diseños y personal del programa del hospital de día donde conocí a Nancy.

El diagnóstico de esquizofrenia que le fue dado a Nancy, y todo lo que en sí nos da a entender para explicar su conducta, conlleva su propia historia. Ésta también nos ofrece una manera de dar sentido a los muchos relatados o no relatados "hechos" de la experiencia relacionados con conductas y alocuciones extrañas así como de otras anomalías psiquiátricas. El diagnosticar a Nancy una esquizofrenia no deja de ser también el relato de otra historia acerca de ella y de su vida. Está ofreciéndonos una narración diferente que tiene como algunos de sus varios capítulos el encarcelamiento de los enfermos durante el Renacimiento, la proliferación de las teorías psicoanalíticas y tratamientos de mediados de siglo 20 así como del ascendiente actual de los modelos de tratamiento neurológicos y farmacológicos de la clínica psiquiátrica de los años 80 y 90.

Esto no debe sugerirnos que todos los relatos sean de igual utilidad ni que las narraciones subjetivas de las vidas sean necesariamente comparables a lo que ahora llamaremos "relatos subjetivos" de la ciencia objetivo-descriptiva. Tal como sugiere Howard (1991) en una publicación reciente, cada género narrativo requiere una forma distinta de determinar su adecuación y utilidad. Los relatos objetivos

seguirán el criterio epistemológico empleado en la ciencia formal tal como se determinan estadísticamente la fiabilidad, la validez y la precisión predictiva. Los relatos subjetivos, por otro lado, requieren el establecimiento de otros criterios más acordes con las características personales de los mismos.

Se han sugerido algunos criterios para valorar estas narraciones personales en base a la resonancia empática (Howard, 1991) o evocación, racionalidad y plausibilidad introspectiva (Robinson, 1985). Howard apunta que, mientras que la resonancia empática nos aporta un test importante para las narraciones personales, las teorías que se abren camino en las ciencias formales, como la teoría de la evolución de Darwin, han demostrado con más frecuencia cierta inestabilidad en las comunidades contemporáneas. De esta forma, la empatía puede no tener ningún rol que ejercer a la hora de determinar la adecuación de las explicaciones objetivas. Del mismo modo, la validez predictiva no tiene ningún rol que desempeñar a la hora de determinar la adecuación de las explicaciones subjetivas (Howard, 1991, p. 189).

El sugerir que la ciencia formal produce relatos objetivos junto con los subjetivos en las narraciones de las vidas no es pues para confundir los términos entre ambos géneros de narración ni para que se interprete que todos los relatos sean igualmente dudosos o útiles. Simplemente es para señalar la relativa contribución que cada uno de ellos puede aportar al proyecto de dar sentido a la conducta humana. Aceptando que estos relatos puedan existir uno al lado del otro, ¿qué podríamos aprender de la narración subjetiva de Nancy que pueda permitirnos un entendimiento de su conducta por encima o más allá de lo que nos permite su diagnóstico?

LA ESTRUCTURA NARRATIVA DE LA IDEAS DELIRANTES.

Tal como brevemente he mencionado en mi introducción, tanto los investigadores de las ciencias humanas como los de las neurociencias cognitivas han sugerido que la narración de relatos aporta un paradigma fundamental a la cognición humana. En la vida cotidiana, la consciencia tiene como una de sus tareas la de darle sentido a la experiencia, o, en términos narrativos, crear historias que aproximan aspectos divergentes de la experiencia dentro de una especie de relación coherente. La visión narrativa de la cognición humana por consiguiente va más allá de las formas particulares de los relatos sancionados socialmente, como la ciencia, extendiéndose a una amplia gama de actividades humanas.

Un ejemplo de relato típicamente no compartido de la historia-narrativa sería precisamente el de las ideas delirantes a las que nos hemos referido e ilustrado en las creencias de Nancy sobre su carrete de hilo. Nuestro enfoque narrativo nos sugiere que veamos tales ideas delirantes, como lo haríamos con las científicas, como productos de la cognición humana. Ya que al igual que éstas, representan formas de dar sentido a los aspectos de la vida cotidiana; son historias que crean de forma activa las personas con esquizofrenia para poder contar con sus propias experiencias. Bajo este punto de vista, las creencias de estas ideas delirantes difieren

de las científicas en muchos aspectos, no sólo en términos de su origen incompartido, sino también por ejemplo en términos de criterios utilizados para su validez o reformulación (cf e.g., Garety, Hemsley & Wessley, 1991; Garety, 1992). Pero en lo que respecta a la estructura básica y a la función de narrar relatos que tengan en cuenta aspectos de la experiencia, las teorías científicas y las ideas delirantes de la esquizofrenia hasta este punto son similares.

¿Cómo puede ayudarnos el ver las ideas delirantes como historias subjetivas a entender la conducta de Nancy? Sugiero que al crear una historia delirante sobre los poderes mágicos de su carrete de hilo azul marino, Nancy se vio comprometida en la actividad de intentar dar un sentido a su experiencia de estar luchando por separarse de su familia y conseguir con esfuerzo su propia identidad a lo largo del tratamiento en su hospital de día. Es importante que reconozcamos que esta historia sobrevino de una situación concreta acaecida en el concepto del curso de la vida de Nancy. Varios aspectos de la historia familiar de Nancy, que hemos ya mencionado, nos ayudan a explicar el significado de esta compra para Nancy en el contexto de su lucha por la autonomía. No obstante, la historia de su familia por sí sola, no justificaba las ideas delirantes de sus creencias hacia el hilo. Con el fin de entender mejor el porqué Nancy desarrolló estas ideas sobre el hilo, es importante ir más allá del contenido de estas creencias y volver a nuestro asunto inicial con sus formas.

El primer paso al explorar las ideas delirantes de Nancy como relatos subjetivos, es pues desviar nuestra atención de la especificidad de su contenido hacia lo que denominaré su “estructura” subyacente (cf. Giorgi, 1985).

Dentro de un marco narrativo, esto sería análogo a estar enfocando la “trama” básica que está poniéndose al descubierto a lo largo de varios detalles y escenas de una obra o novela. Ya no estamos interesados en el carrete de hilo de Nancy per se, sino con el rol que ha jugado en su experiencia y el significado que éste ha tenido al descubrir el drama de su vida (Davidson & Cosgrove, 1991). Nuestras preguntas serían entonces: ¿qué intentaba realizar Nancy en este punto de su vida? ¿cómo pudo este objeto en particular jugar un rol en aquellos esfuerzos? y ¿cómo pudo Nancy llegar a ver ese objeto bajo esta forma tan delirante? Hay factores específicos en la vida de Nancy (por ejemplo, su interés por la costura) que justifican la elección de este objeto concreto y consecuentemente, el contenido específico de su creencia (por ejemplo, que es un carrete de hilo mágico), pero ¿existen otros aspectos en la vida de Nancy que nos ayudan a justificar un origen más general de su creencia como idea delirante? ¿A qué aspectos de su vida intentaba Nancy darle sentido al crear una historia como ésta?

Para intentar responder a esta pregunta, es útil emplear la táctica de Husserl (1913/1982) de la “variación imaginaria”, por la cual alteramos los detalles relevantes en nuestro ejemplo con el fin de determinar su significado. Por ejemplo, podemos imaginarnos que si los intereses de Nancy hubiesen sido los de pintar en vez de coser, el foco de sus creencias habrían podido centrarse en un pincel en vez

de un carrete de hilo. De modo similar, si se hubiera interesado por el deporte, este rol lo podría haber jugado su primera raqueta de tenis, etc.

Prescindiendo de si este objeto fuera un carrete de hilo, un pincel o una raqueta de tenis, éste hizo que Nancy vislumbrase por primera vez una identidad independiente de la que sentirse satisfecha y orgullosa. Esto le confiere el descubrimiento de un nuevo sentido de sí misma al tener sus propios intereses, iniciativas y habilidades. También podemos pensar en muchos ejemplos de tales objetos en la vida de quienes no luchan contra la esquizofrenia; como cuando un jugador de béisbol guarda el jersey con el que bateó en su primer partido o el de una bailarina que guarda sus primeras zapatillas de baile como recuerdo de su temprana carrera.

Si se hubiese llegado a considerar así el significado de las experiencias de Nancy con su carrete de hilo, éstas no habrían sido catalogadas como ideas delirantes. Como mucho tal vez se la habría considerado, como el jugador de béisbol, de ser supersticiosa. No obstante las creencias de Nancy parecen representar condiciones extremas que van más allá de lo que sería una superstición, aunque sea cuestión de grado en su *continuum* (c.f. Strauss, 1969). Lo que hace que la creencia de Nancy sea una idea delirante es el hecho de que ésta atribuyese sus sentimientos de orgullo, satisfacción e iniciativa a este objeto tan instrumental en vez de a sus propios méritos. Lo enigmático de este carrete de hilo vino a significar para Nancy, no sólo su nueva identidad, sino a reemplazar a Nancy misma como centro de esa identidad. Creó una idea delirante que controlase su vida mediante este objeto externo, en el cual recayeran mágicamente los cambios beneficiosos de su vida, en vez de su propia implicación en el tratamiento o en arriesgarse a dar un sentido por sus propios medios. Por lo tanto, la estructura de sus ideas delirantes deben ajustarse a la atribución de las propias iniciativas, acciones y habilidades de la persona, hacia una fuerza externa a ésta.

Habiendo alcanzado el nivel de la estructura a través de este análisis, ya podemos dirigirnos hacia las dos direcciones mencionadas. La primera queda sugerida por la pregunta de si se ha llegado a comprender o no algo sobre la vida de Nancy que sea ahora generalizable a la vida de otras personas. Una vez que hemos captado que las ideas delirantes de Nancy eran una tentativa en el sentido de crecimiento personal controlado por fuerzas externas, ¿hemos podido en efecto pasar más allá de las particularidades de la historia de su propia vida, hacia niveles generales de análisis aplicables a otros que comparten creencias similares?

La fenomenología nos ha enseñado que, mientras cada acto de la experiencia es único para el sujeto individual, los significados de esta experiencia trascienden tanto al sujeto como al acto intencional (Husserl, 1913/1982). Elliot (1971) también sugiere en el pasaje de sus "Cuatro Cuartetos" que ha abierto este artículo, que cuando se capta el significado de las experiencias pasadas éstas ya no pertenecen a "las experiencias de una sola vida" sino a la de muchas otras vidas que han tenido experiencias similares. Yo sugeriría que es precisamente en el nivel de la estructura

de las experiencias que podemos hacer generalizaciones desde la vida de un individuo a la de las vidas de otros.

Habiendo separado por medio de la “variación imaginaria”, lo que era esencial de lo que era incidental, nos hemos trasladado de los hechos de la vida de un individuo hasta el significado-estructura de la experiencia compartible que es relevante a través de los individuos. Husserl denominaba este análisis “reducción eidética” (1913/1982), debido a que lo utilizó para representar la “reducción” de una experiencia a sus “eidos” o esencia. En el caso de los relatos subjetivos, este análisis constituye el movimiento desde las particularidades de una parábola o fábula a sus mensajes o *insights* subyacentes. En el caso de Nancy no era de mayor importancia el hecho de que le gustase la costura, el tenis o la pintura, como también habría sido indiferente que la Cenicienta hubiese tenido tres hermanastras o dos o cuatro, o que al zorro de Esopo le gustasen las manzanas en vez de las uvas. En estas otras formas de relatos personales y “constructivos” (c.f. Kierkegaard, 1859/1962; Rorty, 1979; Sacks, 1987), de la investigación fenomenológica, es este movimiento de la experiencia hacia el significado de la estructura subyacente lo que nos permite generalizar los *insights* obtenidos de una narración subjetiva a las vidas de “muchas generaciones”, como diría Eliot.

La plausibilidad de dicho movimiento en el presente caso resulta evidente si consideramos que hay numerosos ejemplos en las vidas de muchas personas con esquizofrenia con ideas delirantes de control similares, que inmiscuyen a objetos (o personas) en vez de a carretes de hilo (e.g. Davidson, 1992). De hecho, el cuerpo de una investigación psiquiátrica objetivo-descriptiva, según se puede hallar en el DSM-III-R, nos sugiere que las ideas delirantes de control son síntomas particularmente característicos de la esquizofrenia al contrario que en otros trastornos psiquiátricos (1987, pp. 188-189). La confluencia en los hallazgos en las aproximaciones de la investigación objetiva y subjetiva nos da un ejemplo de su posible interrelación. El relato de la vida de Nancy representa como mínimo un ejemplo ilustrativo de un caso con un síntoma característico de la esquizofrenia según se describe en el DSM-III-R. Pero si ya hubiésemos sabido por el DSM-III-R que mucha gente con esquizofrenia sufre ideas delirantes que implican la creencia de que son controladas por fuerzas externas, ¿qué habríamos aprendido realmente acerca de Nancy a través del análisis fenomenológico? Una vez más, ¿se ha aprendido algo de su narración subjetiva que permita comprender su conducta por encima y más allá de lo que nos ofrece su diagnóstico?

Si el significado de la estructura fuese el producto final de este análisis, entonces, de hecho, habríamos aprendido relativamente poco que fuera nuevo con respecto a la conducta de Nancy. Las investigaciones fenomenológicas que cesan una vez producen dichas estructuras corren el doble riesgo de trivializar y/o de materializar sus eficaces contribuciones (Davidson & Cosgrove, 1991). La idea delirante de control de Nancy no tiene porque entenderse simplemente como un

síntoma característico de la esquizofrenia (por ejemplo, como hallazgo trivial), ni tampoco debe interpretarse como explicación auto-evidente y suficiente de su conducta (por ejemplo, de materialización). Por el contrario, será más útil considerar que esta intersección de hallazgos subjetivos y objetivos nos está encaminando hacia una valiosa dirección para exploraciones ulteriores. Nancy comparte una creencia similar con tantos otros que tienen esquizofrenia: que sus esfuerzos son controlados por agentes externos. Las ideas delirantes de control representan pues un elemento importante en la vida de Nancy y un aspecto importante de la esquizofrenia. ¿Cómo podríamos utilizar este hallazgo relacionado con la estructura narrativa de dichas ideas delirantes para aumentar tanto el entendimiento de la conducta de Nancy en particular como más en general el de la esquizofrenia?

Esta pregunta nos lleva a la segunda dirección relatada, sugerida por el análisis estructural de la historia de Nancy. Habiendo captado el significado subyacente de su experiencia, (por cierto hay muchas otras, relacionadas con otros aspectos de su vida), podemos preguntar qué nos sugiere esta estructura acerca de la vida de otras personas que comparten con Nancy las ideas delirantes de control. El contemplar las ideas delirantes como relatos que han sido creados activamente por las personas para explicar sus experiencias, nos sugiere que deberíamos explorar las vidas de personas con esquizofrenia en aquellas experiencias por las cuales se crearon las historias delirantes. ¿Qué clase de experiencias llevarían a Nancy y a otros a creer que no poseían control de sus propios méritos, sino que éste estaba a merced de fuerzas externas que influían en sus iniciativas, acciones y habilidades? ¿De dónde habrían podido venir estas experiencias? Manteniéndonos en una perspectiva narrativa, el siguiente paso a dar sería pues preguntarse qué revela esta estructura de las experiencias de otras vidas. En vez de mirar fuera de la experiencia a principios no-narrativos (por ejemplo, causales), veremos nuevamente otros capítulos de los relatos subjetivos de Nancy y de otros que luchan con estas ideas delirantes con el fin de ver qué luz nos puede dar sobre dicha conducta (Davidson & Cosgrove, 1991). ¿Habrá clases particulares de experiencias relacionadas con la esquizofrenia que “aporten” hechos a estas historias?

En la investigación fenomenológica anterior, he investigado cómo las experiencias de un sentido distorsionado de su capacidad personal y un elevado sentido de vulnerabilidad a las influencias externas se hacen comprensibles en el contexto de varios aspectos de la esquizofrenia. He sugerido que las alucinaciones y las distorsiones en la regulación voluntaria de la atención y en la concentración en particular, pueden llevar a alguien a desarrollar un sentido del ser de naturaleza predominantemente pasivo, hasta el extremo que casi se pierda por completo el sentido del ser como agente intencional. Dicho proceso parece ocurrirles a algunas personas con esquizofrenia como resultado de sus persistentes dificultades al regular y dirigir su propia atención, según sus propias iniciativas e intereses. En las vidas de estas personas, son en parte los mismos síntomas recurrentes de esquizofrenia,

los que repetidamente aniquilan sus esfuerzos, les llevan a creer que de hecho ellos no pueden controlar sus propias vidas, e incluso que sus propios pensamientos, emociones y acciones están siendo controladas por agentes externos tales como los de un carrete de hilo y sus propios vecinos (Davidson, 1992).

Esta explicación fenomenológica de las ideas delirantes de control, nos ofrece como mínimo una aplicación de la opinión de Maher (1974, 1988) de que las ideas delirantes son formas que tienen las personas con esquizofrenia de intentar dar un sentido a algunas de las experiencias “anómalas” que padecen debido a su enfermedad. Dicho descubrimiento relacionado con el impacto de varias experiencias asociadas con padecer una esquizofrenia sobre la conducta de una persona, también nos proporciona un ejemplo de la utilidad de emplear la estructura narrativa en las teorías e investigaciones psicológicas. Nos ilustra cómo los principios de la conducta humana que trascienden a los individuos pueden encontrarse obrando de forma ininteligible en la historia de las vidas de los individuos, y por lo tanto el cómo los descubrimientos narrativos de las investigaciones fenomenológicas pueden generalizarse más allá de las vidas de los sujetos particulares involucrados.

Pero esto no es todo lo que hemos conseguido. Por medio de atraer particularmente la atención hacia las clases de experiencia que pueden llevar a la persona a deteriorar su sentido del ser, permitiéndole así ser más vulnerable a desarrollar ideas delirantes de control, puede que también hayamos empezado a conceptualizar aspectos de la experiencia que nos alumbró el camino hacia la naturaleza de la esquizofrenia. Con el fin de demostrar el valor de estos descubrimientos narrativos, antes de cerrar este informe, me remitiré brevemente a sus implicaciones en la comprensión del proceso de mejora y descompensación en la esquizofrenia.

LAS IDEAS DELIRANTES COMO MECANISMOS REGULADORES

Si la idea delirante es una historia creada por alguien que padece esquizofrenia con el fin de explicar algunos de los aspectos de su experiencia, ¿qué papel juega dicha historia al dar forma al curso del trastorno? Para contestar esta pregunta, primero necesitamos situar nuestros descubrimientos en el contexto de la investigación de la literatura existente sobre los procesos longitudinales involucrados en la esquizofrenia. En varios documentos, Strauss y sus colegas (Rakfeldt & Strauss, 1986, 1989; Strauss, Hafez, Lieberman & Harding, 1985) han descrito numerosas fases que quedan al descubierto en el curso de la esquizofrenia, añadidas a cierto número de posibles “mecanismos reguladores psicológicos” que pueden ayudar a explicar el movimiento de la persona a través de esas fases. En nuestra propia investigación Strauss y yo hemos sugerido que el hilo subyacente que puede servir para unir estas fases y mecanismos diversos es el de la lucha de la persona por recobrar y reconstruir un sentido funcional del ser, afrontándose a la incapacitación de sus trastornos y síntomas psicóticos (Davidson & Strauss, 1992).

Para dar un ejemplo, cuando una persona emprende un trabajo nuevo, puede

dejar el periodo de relativa estabilidad en los síntomas y en el funcionamiento (una fase de “almacenamiento de leña”) para poder afrontar las demandas ambientales y el estrés creciente que se asocia a un nivel de funcionamiento más elevado.

Dicho paso puede provocar un cambio en el curso de su trastorno (un “punto de cambio”) que generalmente motiva a la persona a correr riesgos en términos de auto-estima y percepción de los demás, y que pueden provocar un incremento temporal de los síntomas. Si la persona logra salir adelante, entonces su sentido del ser se verá realizado y su funcionamiento mejorará por encima del nivel alcanzado en la fase de “almacenamiento de leña”; si no sale airoso, su sentido del ser se verá perjudicado y su funcionamiento se deteriorará, probablemente a un nivel inferior del alcanzado previamente si el riesgo le precipita hacia un episodio agudo del trastorno. El que la persona salga adelante o no dependerá, además, del manejo de sus mecanismos reguladores tales como el grado de flexibilidad que la persona demuestre en adaptarse a las formas existentes de competir para cumplir con las demandas ante nuevas situaciones. Si la persona está capacitada para desarrollar nuevos logros y ampliar su repertorio -y el ambiente le es propicio- es probable que se dé una mejora. Si por el contrario, la persona continúa fiándose de otras formas existentes de competir demasiado pobres para acomodarse a las nuevas demandas, entonces puede desencadenarse una crisis de desorganización (un “punto de recaída”) seguido de un nuevo período de reorganización y reconstrucción.

¿Qué papel juega la creación de historias delirantes en dicha secuencia de acontecimientos? Ya hemos sugerido que las ideas delirantes de control pueden tratarse de historias creadas por personas con un sentido muy limitado de su propia capacidad y un elevado sentido de vulnerabilidad a las influencias externas, lo que nos explica ciertos acontecimientos que ocurren en sus vidas. Las ideas delirantes al respecto, representan los intentos que las personas con esquizofrenia hacen por dar sentido y respuesta a los acontecimientos de sus vidas. En los delirios de control, la función de la historia delirante es la de localizar el origen de estos acontecimientos en agentes extraños; atribuir el mérito o la culpa, según sea el caso, a alguien o a algo que no sea su propia persona. Al servir para definir los acontecimientos significativos como el resultado de los esfuerzos o poderes de los demás, las historias delirantes pueden ejercer muchos roles diferentes, y causar un impacto variante en el curso del trastorno, dependiendo de la persona involucrada, la situación concreta, y la naturaleza de los acontecimientos a explicar.

En el caso de Nancy, su delirio referido al carrete de hilo surgió de inmediato tras el hecho de que ésta hubiese aceptado un riesgo substancial al esforzarse en intentar darse un sentido a sí misma por separado de los padres. Este riesgo provocó nuevos sentimientos de orgullo, satisfacción y eficacia en Nancy, los cuales necesitaba entonces para encontrar el camino, al que referirse. Podemos imaginar que en este punto Nancy se enfrentaba como mínimo a dos opciones, siendo la primera la de aceptar que estos nuevos sentimientos eran debidos en parte a sus

propios méritos, y la segunda a la atribución de estos sentimientos (como hizo en muchos aspectos de su vida), a fuerzas externas que la influían y la controlaban. Su delirio con respecto al carrete de hilo representa la segunda de estas opciones.

El aceptar por lo menos una confianza parcial en sus nuevos sentimientos de orgullo e independencia podría haber puesto a Nancy en una actitud de desafío inmediato a las acostumbradas percepciones de impotencia con respecto a sí misma y de poderío con respecto a sus padres. De esta forma podría haberse producido un estrés adicional, ya que Nancy ya se encontraba luchando por un nuevo nivel de creciente autonomía. Por otro lado el haber aceptado una confianza parcial en sus méritos hubiese requerido una nueva forma de manejar su situación y su enfermedad, ampliándose pues sus formas de competencia y mejorando su sentido del ser. Al atribuirle el mérito al carrete de hilo Nancy pudo eximirse de toda responsabilidad ante sus acciones desafiantes, evitando pues el estrés de tener que considerarse a sí misma como más autónoma. Pero la elección de derivar su responsabilidad también conllevaba que continuase viéndose a sí misma como objeto de control externo. En este sentido la creación de Nancy de una historia delirante se puede considerar como medida de compromiso, que le permitió dar un paso hacia la autonomía, pero que a la vez le evitó tener que alterar la percepción que tenía de sí misma al incluir aspectos aún más autónomos de los que tal vez ella (o sus padres) pudieran tolerar.

Considerada desde una perspectiva longitudinal, la elaboración de la historia delirante de Nancy en este caso puede al principio parecer que se desvanecía el impacto que sus acciones positivas podrían haber tenido en el curso de su trastorno. Si ella hubiera podido aceptar la responsabilidad y el mérito de sus propios esfuerzos, los riesgos que corrió tal vez pudieran haber iniciado un cambio en su auto-estima y en la percepción de sus padres que habría rendido beneficios a largo plazo. Nancy no sólo habría sido capaz de asistir a clases de danza e informática sino que también habría sido capaz de desarrollar un sentido independiente y efectivo de sí misma. Mientras que esto puede ser cierto en teoría, subestima la importancia de las acciones de Nancy como pasos significativos en su proceso y también ignora la necesidad de Nancy y de otros de dirigir su desarrollo en aumentos modulados para que tanto ellos como su entorno sean capaces de manejarlo. En este punto del curso de su trastorno para Nancy pudo haber sido ya un paso suficientemente arriesgado el empezar a explorar danzas y computadoras, el tener que dar un paso significativo fuera del hogar paterno. En este punto de su vida se hace más patente el hecho de que Nancy se considere controlada, que el hecho de que ésta en ocasiones sea quien controle. Eventualmente, Nancy es capaz de invertir este balance haciéndose poco a poco menos vulnerable y necesitando menos de las explicaciones delirantes.

Lo que nos sugieren las experiencias de Nancy es que las ideas delirantes de control pueden surgir en ocasiones cruciales de su trastorno como mecanismos reguladores que permiten que la persona integre las inferencias de los acontecimien-

tos en su sentido de existencia del ser y de la percepción de los demás. En la medida que una idea delirante implica la creencia de que los acontecimientos están siendo controlados desde fuera de la persona, existe una continua inversión en el sentido del ser de impotencia y vulnerabilidad.

De esta manera se perpetúan formas de competencia. Cuando los acontecimientos a explicar son negativos, esto puede constituir una respuesta relativamente benigna que permita a la persona proteger la escasa identidad de que dispone. En este caso, las ideas delirantes pueden servir de mecanismos reguladores que ayudan a la persona a evitar nuevas descompensaciones. Cuando los acontecimientos a explicar son de hecho debidos al mérito propio de la persona, las ideas delirantes pueden representar una medida de compromiso que regula hasta qué punto pueden utilizarse esos logros para realizar el sentido del ser de la persona. Aunque esta respuesta pueda parecer desafortunada, en el sentido de que aporte un nuevo síntoma y por tanto un nuevo obstáculo para que se llegue a una mejoría, puede de hecho servir para limitar la cantidad de cambios que precisa experimentar la persona en un momento dado. En un contexto tan incapacitante como la esquizofrenia, el proceso de recobrar un sentido funcional del ser puede necesitar mantenerse al margen durante un largo periodo de tiempo, mediante muchos de estos cambios en orden creciente y gradual (Davidson & Strauss, 1992).

CONCLUSION

En este artículo he demostrado cómo el uso de la estructura narrativa en la investigación fenomenológica ha producido el entendimiento de los delirios de control como forma de dar sentido a los sentidos distorsionados del ser y al elevado sentido de vulnerabilidad a las influencias externas que pueden estar asociadas con muchas experiencias de la lucha contra la esquizofrenia. También he considerado algunas de las implicaciones de este punto de vista para entender la posible función mediadora que pueden llegar a ejercer las ideas delirantes en el proceso de mejora y descompensación de la esquizofrenia. El resultado de este examen sugiere que la investigación fenomenológica de la estructura-significante de las narraciones subjetivas puede producir valiosos *insights* en la conducta humana que no habrían sido descubiertos a través de medios más objetivos, pero que no son menos generalizables más allá de las vidas de los individuos estudiados.

Para poder comprender totalmente la conducta humana es importante no sólo comprender las formas por las cuales la persona comparte las dificultades similares a la de los demás, sino también comprender el impacto que tuvieron y siguen teniendo estas dificultades, en el curso de la vida de la persona. Mientras que es importante conocer objetivamente que las personas pueden llegar a tener una enfermedad denominada esquizofrenia, también es importante conocer subjetivamente cómo han experimentado los síntomas de esta enfermedad, cómo se las han arreglado para dar sentido a estas experiencias, y qué impacto han tenido sus

creencias en su habilidad para luchar y recuperarse de la enfermedad. Nancy es tanto la hija de 37 años de unos padres alcohólicos que quiere conocer al novio deseado y aprender a coser, como una persona con esquizofrenia. Para poder darle un sentido a su conducta, será importante integrar los *insights* relevantes de la investigación relacionados con su enfermedad y su vida, así como explorar la forma interactiva entre ambos. Para llegar a dicho entendimiento comprensivo, los investigadores deberán explorar tantos caminos como historias instructivas hayan, que nos lleven a su explicación e interpretación de forma tanto objetiva como subjetiva.

Este estudio demuestra cómo los descubrimientos en las investigaciones fenomenológicas pueden dar lugar a insights en las estructuras de la experiencia vivida generalizándose más allá de los casos individuales.

Partiendo de una perspectiva narrativa, el autor sugiere que el estudio fenomenológico de las ideas delirantes esquizofrénicas puede descubrirnos las vidas subjetivas de quienes luchan con esta enfermedad. El concebir los delirios como narrativas de las vidas contadas por personas con esquizofrenia, nos sugiere que estas ideas delirantes pueden jugar el rol de "mecanismos reguladores" en el curso de su trastorno, que les ayudan a modular el cambio necesario que precisarán para adaptarse al contexto de eventos significativos de sus vidas.

Traducción: Silvia Castillo

Nota Editorial:

Este Artículo fue publicado por *The humanistic Psychologist*, 1993, (21) 201-220 con el título "Story Telling and Schizophrenia: Using Narrative Structure in Phenomenological Research. Agradecemos el permiso de publicación.

Referencias bibliograficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- BRUNNER, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- DAVIDSON, L. (1992). *Intentionality and identity in schizophrenia: A phenomenological perspective*. Artículo pendiente de publicación.
- DAVIDSON, L. & COSGROVE, L. (1991). Psychologism and phenomenological psychology revisited, part 1: The liberation from naturalism. *Journal of Phenomenological Psychology*, 22, 86-103.
- DAVIDSON, L. & STRAUSS, J.S. (1992). Sense of self recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- EELLS, T.D. (1991). Single subject research: An epistemological argument for its scientific value. Paper presented as part of a symposium entitled "Intensive Single Subject Research" at the 99th Annual Convention of the American Psychological Association, August 1991, San Francisco.

- ELLIOT, T.S. (1971). Four quartets. In T.S. Elliot: *The complete poems and plays* (pp. 115-145). New York: Harcourt, Brace & World.
- FOUCAULT, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason* (R. Howard, Trans.). New York: Random House. (Trabajo original publicado en 1961).
- GARETY, P.A. (1992). Making sense of delusions. *Psychiatry*, 55, 282-291.
- GARETY, P.A., HEMSLEY, D. & WESSELEY, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: Biases in performance on a probabilistic inference task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 194-201.
- GERGEN, K.J. & GERGEN, M.M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. In T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 22-44). New York: Praeger.
- GIORGI, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne University Press.
- GIORGI, A. (1986). The "context of discovery/context of verification" distinction and descriptive human science. *Journal of Phenomenological Psychology*, 17, 151-166.
- HOWARD, G.S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- HUSSERL, E. (1973). *Experience and judgment* (J.S. Churchill & K. Ameriks, Trans.). Evanston: Northwestern University Press. (Trabajo original publicado el 1948).
- HUSSERL, E. (1982). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. First book: General introduction to a pure phenomenology* (F. Kersten, Trans.). The Hague: Nijhoff. (Trabajo original publicado 1913).
- JASPERS, K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig & M.W. Hamilton, Trans.). Chicago: University of Chicago Press. (Trabajo original publicado 1913).
- KIERKEGAARD, S.A. (1962). *The point of view for my work as an author* (W. Lowrie, Trans.). New York: Harper & Brothers. (Trabajo original publicado 1859).
- KUHN, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- MAHER, B.A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113.
- MAHER, B.A. (1988). Anomalous experiences and delusional thinking: The logic of explanations. In T.F. Oltmans & B.A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 15-33). New York: Wiley.
- MOHANTY, J.N. (1989). *Transcendental phenomenology: an analytic account*. Cambridge: Blackwell.
- POLKINGHORNE, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- RAKFELDT, J. & STRAUSS, J.S. (1989). The low turning point. A control mechanism in the course of mental disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 32-37.
- RICOEUR, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences* (J.B. Thompson, Ed. & Trans.). Cambridge: Cambridge University Press.
- ROBINSON, D.N. (1985). *Philosophy of psychology*. New York: Columbia University Press.
- RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton University Press.
- SACKS, O. (1987). *The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales*. New York: Harper & Row.
- SARBIN, T.R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger.
- SARBIN, T.R. (1990). The narrative quality of action. *Theoretical and Philosophical Psychology*, 10, 49-65.
- SCARR, S. (1985). Constructing psychology: Making facts and fables for our times. *American Psychologist*, 40, 499-512.
- SCHAFFER, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical inquiry*, 7, 29-53.
- SCHANK, R. (1990). *Tell me a story: A new look at real and artificial memory*. New York: Scribner.
- SPENCE, D. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.
- STRAUSS, J.S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function: Rating scale evidence. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- STRAUSS, J.S. (1986). Processes of healing and chronicity in schizophrenia. In H. Hafner, W.F. Gattaz & W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia* (pp. 75-87). New York: Springer-Verlag.
- STRAUSS, J.S. (1989). Mediating processes in schizophrenia: Towards a new dynamic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 155, 22-28.
- STRAUSS, J.S., HAFEZ, H., LIEBERMAN, P. & HARDING, C.M. (1985). The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry*, 142, 289-296.

PSICOTERAPIA COGNITIVO-NARRATIVA: LA CONSTRUCCIÓN HERMENÉUTICA DE LOS SIGNIFICADOS ALTERNATIVOS.

Oscar F. Gonçalves

Universidad de Minho, Portugal.

Cognitive psychotherapies are experiencing dramatic conceptual changes. An increasing constructivist orientation along with a narrative model of the knowing processes is apparent in the most recent developments in cognitive theory. These changes demonstrate the need to develop new therapeutic methodologies able to effect deep changes in the knowing processes. This article tries to address these issues by presenting an illustration of a new therapeutic methodology, hereafter referred to as cognitive narrative psychotherapy.

Las terapias cognitivas están experimentando grandes cambios (Gonçalves, 1989). Entre las varias dimensiones del cambio, cabe destacar las siguientes: (1) un giro desde una filosofía racionalista hacia una más constructivista (Mahoney, 1991); (2) un cambio de un modelo de procesamiento de la información hacia un modelo narrativo del proceso de conocimiento (Gonçalves, en prensa; Russell, 1991); (3) un giro desde un énfasis en los procesos conscientes hacia un énfasis en las dimensiones inconscientes de la experiencia (Kihlstrom, 1987); (4) un cambio desde un énfasis en procesos estrictamente cognitivos hacia un reconocimiento de las dimensiones emocionales de la experiencia (Greenberg & Safran, 1987a, 1987b); (5) un cambio en las metodologías terapéuticas desde los procedimientos personales y lógicos hacia estrategias más analógicas e interpersonales. (Gonçalves & Craine, 1990; Guidano, 1991; Safran & Segal, 1990).

Primordial en todos estos cambios es el tema central de la teoría cognitiva -el problema de la representación mental. Es decir, ¿cómo los individuos llegan a representar mentalmente la información sobre ellos mismos y sobre el mundo? Respecto a la naturaleza de las representaciones cognitivas hay dos posiciones contrapuestas o en desacuerdo: el paradigma racionalista y el paradigma narrativo (Bruner, 1986, 1990; Lakoff, 1987; Mahoney, 1991; Polkinghorne, 1988; Russell, 1991).

El paradigma racionalista establece que: (a) los humanos son esencialmente seres racionales; (b) los pensamientos se constituyen mediante una computación de algoritmos de símbolos abstractos; (c) la manipulación de los símbolos abstractos obedece a los principios de la lógica universal; y (d) la realidad se considera como un rompecabezas al cual sólo se puede acceder a través de la lógica y la razón. El paradigma narrativo, por otro lado, establece que: (a) los humanos son considerados como narradores; (b) los pensamientos son esencialmente metafóricos e imaginativos; (c) la manipulación de los pensamientos es una búsqueda intencional de significado; y (d) la realidad se considera como un conjunto de problemas débilmente estructurados a los cuales se puede acceder a través de operaciones hermenéuticas y narrativas (Lakoff, 1987).

La concepción narrativa de las representaciones mentales propuesta por la reciente teoría cognitiva (Bruner, 1990) invita al desarrollo de nuevas metodologías terapéuticas que sean capaces de efectuar cambios profundos en los procesos de conocimiento. Este artículo intenta tratar estas cuestiones presentando e ilustrando una nueva metodología terapéutica a la cual nos referiremos como psicoterapia cognitivo-narrativa.

Empezaré con una descripción clínica de un cliente. A continuación, se presentarán e ilustrarán las principales características de la psicoterapia cognitivo-narrativa.

El cliente

Fernando acudió al servicio de counseling de la universidad quejándose de un persistente fracaso académico, junto a dificultades para memorizar y concentrarse.

Fernando es un estudiante universitario soltero de 23 años. Sus padres dirigen un pequeño comercio. Su madre fue descrita como una persona muy aceptante, preocupada por el curriculum escolar de su hijo, valorando la importancia de la educación que ella no pudo obtener. El padre de Fernando fue presentado como una persona fría y distante, siempre absorto en su trabajo y centrado exclusivamente en conseguir una situación económica estable para toda la familia. Fernando era el mayor de cinco hermanos. Describió una buena relación con sus dos hermanos y dos hermanas. Sin embargo, siempre ha habido una falta de cariño en la relación con su familia durante su vida.

El cliente no describe ninguna problemática relevante antes de su entrada en la universidad. A pesar de una apariencia personal de debilidad física y ausencia de una capacidad de comunicación adecuada, siempre obtuvo un rendimiento satisfactorio y sus intereses se inclinaban hacia la investigación y las asignaturas técnicas. A pesar de no ser admitido en astronomía (el programa de selección en la universidad era muy duro), pudo ser admitido en informática (que también tenía un programa muy selectivo). Durante su primer año en la universidad empezó a experimentar un fracaso general, suspendiendo casi todas las asignaturas. Describió

la situación como un choque terrible y una gran amenaza para su autoimagen. Empezó a cuestionarse sus aptitudes para este programa así como también a dudar de sus capacidades intelectuales más generales. Como consecuencia experimentó largos períodos de frustración y depresión durante los cuales fue absolutamente incapaz de estudiar, concentrarse y memorizar. Su vida se convirtió rápidamente en una rueda aleatoria moviéndose a merced del viento, ya que se sentía incapaz de establecer alguna dirección u objetivo en su vida. Describió sentimientos de culpabilidad y de desamparo, junto con un sentimiento creciente de vulnerabilidad física y psicológica y una autoestima muy reducida. Mientras tanto obtuvo un trabajo como profesor sustituto en su instituto local, pero describió la situación como insatisfactoria y frustrante. Es incapaz de disfrutar y a la vez experimentar cualquier efectividad enseñando. Reflexionando sobre su propia vida, repetidas veces experimenta este pensamiento, “ya tengo 23 años y soy absolutamente incapaz de dar sentido a mi vida.” En otras palabras, tal como Markus y Nurius (1986) lo dirían, Fernando está luchando para que emerjan posibles yoes.

PSICOTERAPIA COGNITIVO-NARRATIVA

Los recientes avances en la terapia cognitiva han reconocido el rol central de la narrativa en la organización cognitiva (Bamberg, 1991; Gonçalves, en prensa; Leahy, 1991; Russell, 1991; van den Broek & Thurlow, 1991). Guidano (1987, 1991), por ejemplo, afirma que los niveles tácitos de la representación cognitiva tienen sus orígenes en los momentos tempranos del desarrollo de separación-apego. Es decir, nuestras construcciones originales tienen lugar en un período prelógico o incluso preverbal y sólo permiten la posibilidad de una representación analógico-narrativa. La investigación en el desarrollo de la capacidad narrativa ha demostrado que las narrativas son efectivamente las herramientas más tempranas y más utilizadas para describir los hechos de la vida así como para entender el presente y predecir el futuro (van den Broek & Thurlow, 1991). Tal como van den Broek y Thurlow (1991) señalan, “la narrativa constituye la vida de la persona tal como ésta la percibe, y el sentido de la persona de autoidentidad depende del contenido y la coherencia de la historia de vida” (p. 261).

El reconocimiento de la importancia de la narrativa en la representación cognitiva llevó a Howard (1991) a sugerir que deberíamos designar al hombre como *homo sciens* más que como *homo fabulans*, para enfatizar que los humanos representan la realidad y a ellos mismos no con algoritmos sino con narrativas personales significativas.

Si asumimos que los humanos representan su información más básica y tácita sobre el yo y la realidad con narrativas, entonces se requiere un enfoque narrativo de la terapia (Mair, 1989; White & Epston, 1990).

La psicoterapia cognitiva narrativa que se presenta aquí se basa en tres hipótesis centrales.

(1) El conocimiento (epistemología) y existencia (ontología) son inseparables y se organizan en términos de narrativas; nuestros procesos de conocimiento colaboran con nuestras tareas existenciales o, tal como Weimer (1977) sostiene, los seres vivos son teorías de sus ambientes y estas teorías tienen una naturaleza narrativa.

(2) La comprensión psicológica del cliente requiere la identificación y análisis de sus narrativas prototipo; en otras palabras, los individuos tienen maneras idiosincrásicas de organizar el conocimiento que se tipifican en ciertos tipos de narrativas que asumen el rol de mejores ejemplos, metáforas raíces o prototipos (Haskell, 1987; Lakoff, 1987).

(3) La psicoterapia se puede considerar como un escenario para la identificación, construcción y deconstrucción de las narrativas. Los clientes tienen que adquirir una actitud narrativa, no sólo mediante la capacidad de identificar sus maneras idiosincrásicas de funcionamiento a través de sus narrativas prototipo, sino también mediante la construcción y proyección de metáforas alternativas (Crites, 1986; Gonçalves, en prensa; Gonçalves & Craine, 1990; Wurf & Markus, 1991).

En resumen, y tal como Russell (1991) señala adecuadamente, “La formulación, elaboración, clarificación, transformación y actuación de estas trayectorias narrativas son integrales con el proceso de llegar a ser” (pp. 253-254).

Basándose en estas tres hipótesis, se estructura un enfoque terapéutico siguiendo una estructura de cinco fases: (1) recuerdo de las narrativas; (2) objetivación de las narrativas; (3) subjetivación de las narrativas; (4) metaforización de las narrativas; y (5) proyección de las narrativas. Los principales objetivos y metodologías terapéuticas para cada fase se resumen en la Figura 1. En cada fase se desarrollan dos distintos, aunque complementarios, tipos de trabajo: sincrónico y diacrónico. En el nivel sincrónico, el cliente y el terapeuta aplican las actitudes narrativas recientemente adquiridas al contexto de las experiencias de la vida de cada día, de tal forma que permita al cliente a tratar algunas de sus preocupaciones sintomáticas más inmediatas.

En el nivel diacrónico, el cliente y el terapeuta aplican las actitudes narrativas aprendidas en cada fase a los temas centrales de las experiencias de la vida del cliente. Es decir, se eligen las narrativas prototipo como los mejores ejemplos de creación de significado personal, para luego repasarlas durante el proceso terapéutico. Se pueden identificar varias conexiones entre esta propuesta y los modelos de otras tradiciones que también se suscriben a la metáfora narrativa (Gergen & Kaye, 1992; Russell & van den Broek, 1991; Schaffer, 1981; Siegleman, 1990; White & Epston, 1990). A pesar de las diferencias en la tecnología terapéutica, la mayoría de estos enfoques comparten la idea que nuestros procesos de conocimiento son esencialmente narrativos y que el cambio de la estructura narrativa es la tarea esencial de la psicoterapia.

	Sincrónico	Diacrónico
RECUERDO		
Objetivos	-Desarrollar una actitud de recordar	-Identificar experiencias significativas a lo largo de la vida
Proceso	-Imaginación guiada a través de la vida. -Memorias narrativas de la vida cotidiana	-Revisión del proyecto de vida. -Elección de una narrativa prototipo
OBJETIVACIÓN		
Objetivos	-Desarrollar una actitud de objetivación	-Objetivar la narrativa prototipo
Proceso	-Modelar la actitud de objetivación -Sesiones prácticas de objetivación -Objetivación de narrativas cotidianas	-Sesiones prácticas para la objetivación de la narrativa prototipo -Objetivación detallada de la narrativa prototipo
SUBJETIVACIÓN		
Objetivos	-Desarrollar una actitud de subjetivación	-Subjetivar la narrativa prototipo
Procesos	-Modelar la actitud de subjetivación -Sesiones prácticas de subjetivación -Subjetivación emocional de narrativas cotidianas -Sesiones prácticas de subjetivación cognitiva -Subjetivación cognitiva de narrativas cotidianas	-Sesiones de ejercicios de subjetivación emocional para la narrativa prototipo - Subjetivación emocional detallada de la narrativa prototipo -Sesiones de ejercicios de subjetivación cognitiva para las narrativas prototipo -Subjetivación cognitiva detallada de la narrativa prototipo
METAFORIZACIÓN		
Objetivos	-Desarrollar una actitud de metaforizar	-Metaforizar la narrativa prototipo
Procesos	-Modelar la actitud metaforizante -Sesiones de ejercicios de metaforización -Metaforización de las narrativas cotidianas	-Construir la metáfora raíz para la narrativa prototipo -Análisis histórico de la metáfora raíz
PROYECCIÓN		
Objetivos	-Desarrollar una actitud de proyectar	-Proyectar metáforas y guiones alternativos
Procesos	-Modelar la actitud de proyección -Sesiones prácticas para la construcción de significados alternativos -Proyectar narrativas cotidianas	-Construcción de metáforas raíz alternativas -Análisis histórico de las metáforas alternativas -Proyectar narrativas alternativas -Evaluar narrativas alternativas

Figura 1: Estructura de la Psicoterapia Cognitivo-narrativa

Recuerdo de las narrativas

El objetivo de esta fase inicial del proceso terapéutico tiene dos objetivos: (1) desarrollar una actitud de recordar, y simultáneamente (2) dar la oportunidad de identificar diferentes narrativas significativas a lo largo de la vida.

La capacidad del individuo para recordar experiencias es primordial en el enfoque narrativo. Estas experiencias son en efecto las herramientas más importantes para la construcción de historias personales relevantes para el desarrollo de la identidad. La identidad se puede entender como un esfuerzo personal para construir experiencias coherentes y significativas a lo largo de la vida. Esta fase del proceso terapéutico intenta que el cliente se familiarice con la memorización de narrativas de la vida así como con la identificación de puntos ciegos en su historia personal.

El proceso empieza normalmente con ejercicios de calentamiento de imaginación guiada a través de la vida. Esto se consigue invitando a los clientes a llevar a cabo el proceso de recordar narrativas personales significativas en un proceso de tres fases: (1) inducción a una actitud relajada; (2) imaginación guiada con regresión temporal; y (3) selección de narrativas específicas.

La inducción a una actitud relajada, cuya técnica puede variar según las preferencias del terapeuta y del cliente, tiene el objetivo de situar al cliente en un nivel sensorio-motor de experiencia que facilite un modo más asociativo, particularmente útil para la tarea de memorias personales. Después se pide al cliente que se centre, utilizando un proceso de imaginación guiada con regresión temporal, en diferentes narrativas personales significativas. Las siguientes instrucciones ilustran esta fase:

“Centra ahora tu atención en las imágenes y pensamientos que acuden a tu mente y déjalos fluir libremente (...) ahora utiliza el sonido de mi voz como estímulo para recordar el pasado y acordarte de ciertas experiencias significativas de tu vida. Empezaremos como ayer e intentaremos ir tan atrás como sea posible. Intenta recordar algo que sucedió ayer (...) la semana pasada (...) el mes pasado (...) el año pasado (...) hace tres años (...) cuando estabas en el instituto (...) en la escuela primaria (...) en el parvulario (...) antes del parvulario (...)”

A continuación, el cliente comparte sus experiencias y discute sus reacciones con el terapeuta. Después del trabajo de imaginación guiada, se pide al cliente que ejerza y desarrolle esta capacidad de recordar mediante la identificación, durante cada día de la semana siguiente, de cada hecho específico que crea útil memorizar y escribirlo en un bloc de notas junto con una breve descripción del hecho -memoria de las narrativas cotidianas. El objetivo de este ejercicio es que el cliente se haga consciente de la importancia de los hechos cotidianos en el desarrollo de la narrativa.

Mientras que el cliente se implica en el proceso de recordar, terapeuta y cliente se dirigen a explorar las narrativas significativas a lo largo de la vida. Esto se lleva a cabo utilizando una variación de la revisión del proyecto de vida, introducido por Mahoney (1991). Se pide al cliente, como deberes para casa, que construya un

memorial diferenciado para cada año de su existencia, desde cero años hasta la edad actual. En cada memorial tiene que identificar un episodio significativo correspondiente a esa edad.

El terapeuta y el cliente programan al menos una sesión para considerar la revisión del proyecto de vida, que se ha hecho en casa. Se pide al cliente que muestre su vida como una baraja de cartas, ilustrando sus guiones de vida a través de sus episodios narrativos.

Después de revisar las narrativas cotidianas y del ciclo vital significativas, se pide al cliente que seleccione una narrativa que funcione como prototipo de sus actividades habituales de construir significado: elegir una narrativa prototipo.

Se debe advertir al cliente que la narrativa seleccionada es la que se va a repasar a través de todos los procesos terapéuticos y se espera que se experimente como prototipo o mejor ejemplo de sus narrativas. El objetivo es que la narrativa funcione como una viñeta, un modo de “expresar simbólicamente percepciones abstractas bajo el disfraz de la ilustración de hechos históricos reales” (Bruhn, 1992, p.4).

La mayoría de los clientes prefieren recorrer este proceso de forma tentativa, seleccionando primero tres o cuatro narrativas, y orientándose luego progresivamente hacia la selección de la que represente una mejor ilustración de sus vidas.

Fernando, el ejemplo de nuestro caso, recorrió toda la secuencia de recordar narrativas y terminó escogiendo la siguiente como prototipo:

“En mi primer día en la universidad sucedió algo que me ha marcado definitivamente. La puerta de la clase estaba abierta y el profesor se puso a andar de una punta a otra silenciosamente e intranquilamente. Todo el mundo se preguntaba qué es lo que sucedería. De pronto el profesor cerró la puerta y empezó a preguntar a los estudiantes uno por uno por qué habían escogido informática como carrera y cuál era su nota de selectividad, comentando a la vez que si la carrera no era su primera opción o si su nota era baja debían dejar inmediatamente la carrera”.

Objetivación de las narrativas

Una vez se ha identificado la narrativa prototipo, el terapeuta inicia el proceso de objetivación de la narrativa. Hay dos objetivos centrales en esta fase del proceso terapéutico: (1) que el cliente desarrolle una actitud objetivante, y (2) objetivar el espectro de las dimensiones sensoriales de su narrativa prototipo.

El desarrollo de la objetivación de la narrativa es de suma importancia para el desarrollo de la narrativa. Lo que introduce al lector dentro del texto es, hasta cierto punto, la capacidad del escritor de construir un escenario para la narrativa. Esto se consigue mediante la especificación de las dimensiones sensoriales del hecho que se introduce. Por ejemplo, la simple afirmación: -“Hoy me he levantado a las seis de la mañana”- se transforma fácilmente en una narrativa cuando se enriquece con las dimensiones sensoriales y de conducta de la experiencia, tales como:

“A las seis de la mañana el viejo despertador sonó con un ruido estridente y agresivo. Entraba un poco de luz por la ventana. En el aire se respiraba una mezcla paradójica de perfume francés y de sudor. Tenía la boca seca. Mi cuerpo perezoso se oponía a la idea de moverse. Lentamente empecé a levantarme estirando poco a poco diferentes partes de mi cuerpo, dándome cuenta finalmente que me estaba despertando”.

Objetivar un hecho no hace la narrativa, pero contribuye en la manera que crea un contexto para el desarrollo de la narrativa. Es interesante ver cómo los escritores son capaces de pasar largos ratos objetivando la narrativa para poder introducir al lector en el texto. Como calentamiento para el desarrollo de esta actitud, se muestra al cliente la modelización de la actitud objetivante. Es decir, se muestran citas de diferentes escritores que ilustran la actitud objetivante. Ver, por ejemplo, la siguiente cita de David Lodge, al establecer la escena inicial de *Paradise News*:

“En el área de facturación se interroga a los pasajeros acerca de la procedencia de sus equipajes esta mañana, y el personal de seguridad inspecciona con más celo que nunca el equipaje de mano y a los mismos pasajeros. Largas colas de gente se mueven lentamente desde las mesas de facturación a la pared opuesta de la muchedumbre, cruzadas por otras dos colas que convergen en la puerta estrecha que lleva al control de pasaportes, las puertas de seguridad, y la sala de espera de salidas. Los pasajeros que hacen cola cambian el peso de su cuerpo de un pie al otro, o se apoyan en el manillar de sus cargadas carretas portaequipajes, o se sientan en sus maletas. Sus expresiones son variablemente ansiosas, impacientes, aburridas, estoicas -pero no cansadas. Todavía están relativamente frescos: su ropa comfortable está recién limpia y planchada, sus mejillas suaves de recientes aplicaciones de maquillaje o afeitado, sus cabellos brillantes y bien peinados (1991, p.3).

Se discuten ejemplos como el anterior con el cliente, y se le pide que identifique las diferentes dimensiones sensoriales de la narrativa (por ejemplo: visual, auditiva, gustativa, olfactiva, táctil/kinestésica).

La segunda tarea -ejercicios con consignas para objetivar- consiste en presentar al cliente diferentes situaciones estimulantes y pedirle que improvise el desarrollo de las dimensiones sensoriales. Por ejemplo, el terapeuta ofrece la siguiente situación estimulante:

“Llegas 30 minutos tarde y tu jefe se enfrenta contigo: ¿Qué es lo que ves (consigna visual)? Después de que el cliente haya elaborado las dimensiones visuales, el terapeuta introduce las consignas restantes: ¿Y ahora, qué es lo que oyes?” (consigna auditiva); “¿Y ahora a qué te sabe?” (consigna gustativa); “¿Y qué hueles?” (consigna olfactiva); “¿Y que notas?” (consigna táctil/kinestésica).

Finalmente, se pide al cliente que en casa objetive narrativas cotidianas para

consolidar el desarrollo de esta actitud objetivante. De forma parecida a lo que pasó con el desarrollo de la actitud de recordar, se pide al cliente que identifique, durante cada día de la semana siguiente, un hecho específico y que desarrolle una memoria objetivante de este hecho, especificando las dimensiones sensoriales del hecho (visual, auditiva, gustativa, olfactiva, táctil/kinestésica).

Después de desarrollar la actitud objetivante, se invita al cliente a aplicar esta actitud y habilidades a la narrativa prototipo escogida. Se inicia el proceso en la consulta -en sesiones de ejercicios con consignas objetivantes- en las que el terapeuta presenta paso a paso las diferentes consignas para cada dimensión diferente de la narrativa. Esto no es una tarea fácil dado que para la mayoría de los clientes, establecer contacto con las dimensiones objetivantes inicia una secuencia abrumadora de emociones profundas. Esto lleva a menudo al cliente a discutir las dimensiones internas de la experiencia. Se tiene que pedir al cliente que se centre continuamente en las dimensiones objetivantes y que guarde las dimensiones internas de la narrativa para un trabajo posterior. El objetivo en este punto es desarrollar exclusivamente la capacidad de centrarse narrativamente en las diferentes dimensiones sensoriales de la experiencia.

Después del trabajo hecho en la sesión, se produce una objetivación detallada de la narrativa prototipo invitando al cliente a elaborar, como deberes en casa, la narrativa prototipo, trayendo todos los documentos que puedan ayudar a objetivar las diferentes dimensiones de la experiencia (por ejemplo: fotos, música, cartas, películas). Al final de esta fase el cliente debería ser capaz de aplicar esta actitud objetivante a distintos episodios de su vida actual y pasada y en consecuencia construir una narrativa prototipo con abundantes detalles sensoriales.

Fernando atravesó este proceso de objetivar con detalle su narrativa prototipo. A continuación se presentan ejemplos de las diferentes dimensiones exploradas:

Dimensiones visuales -El profesor está de pie en la tarima con una actitud agresiva, lleva ropa oscura, anda de un lado al otro como si la clase estuviera vacía...

Dimensiones auditivas -Hay un silencio pesado en la clase roto sólo por el sonido de los pesados pasos del profesor en su marcha solitaria... Habla rápido y de forma confusa... le tiembla la voz...

Dimensiones gustativas -Mi boca está completamente seca...

Dimensiones olfactivas -Una mezcla de olores vienen de diferentes perfumes y grupos de estudiantes...el olor a recién pintado de las paredes...el olor de mi sudor.

Dimensiones táctiles/kinestésicas -Mi corazón late deprisa..., tensión en espalda y cuello..., manos húmedas ..., me muevo impacientemente en mi silla.

Subjetivación de las narrativas

Después de haber completado la tarea terapéutica de objetivar las narrativas, el terapeuta dirige la atención hacia una fase no menos importante: la subjetivación de las narrativas. Se presentan dos tareas esenciales: (1) el desarrollo de una actitud

subjetivante; y (2) el incremento de la consciencia del cliente de las dimensiones internas o subjetivas de su narrativa prototipo.

El desarrollo de una actitud subjetivante se caracteriza por una capacidad mayor de identificar las dimensiones internas de la experiencia, tanto cognitiva como emocionalmente. Este es un punto central de la terapia cognitiva, adquirir la consciencia de las dimensiones internas o subjetivas de cada experiencia. Nuestra habilidad de actuar de acuerdo con nuestros pensamientos y emociones depende estrictamente de nuestra capacidad de construir este lado interno de la experiencia humana. Este lado interno de la experiencia es uno de los aspectos centrales de la estructura de la gramática narrativa (Mandler, 1984), y representa una de las maniobras más dramáticas responsables de la construcción del significado de cada narrativa (Gergen & Gergen, 1986).

Como preparación para el desarrollo de la actitud subjetivante, se muestran al cliente modelos de actitud subjetivante ilustrados por narrativas de diferentes escritores ejemplificando el giro hacia el lado interno de la experiencia. Pongamos como ejemplo otro texto de David Lodge, esta vez de su novela *Changing Places*:

“Phillip Swallow ha, de hecho, volado antes; pero tan pocas veces, y en intervalos tan amplios, que en cada ocasión sufre el mismo trauma, una corriente alternante de miedo y tranquilidad que carga y relaja su sistema con un ritmo persistente y agotador. Cuando está en tierra, preparándose para el viaje, piensa animadamente en volar -levantándose, hacia arriba y lejos en el azul cielo, meciéndose en el avión que parece, en la distancia, como si se encontrase en casa, como si fuera esculpido en el cielo mismo. Esta confianza empieza a desvanecerse cuando llega al aeropuerto y se estremece al oír el ruido estridente de los motores”. (1975, p.9).

Este párrafo ilustra tanto los procesos emocionales como los cognitivos que permiten un fácil movimiento empático hacia la experiencia del personaje.

Una vez demostradas la importancia y el procedimiento de las narrativas subjetivantes, el terapeuta introduce sesiones de ejercicios de subjetivación emocional. Primero, el terapeuta introduce un conjunto de situaciones estimulantes apropiadas para el cliente como consignas para la construcción de diferentes emociones. Por ejemplo, ahora se puede introducir la anterior situación estimulante: “Llegas media hora tarde y tienes que vértelas con tu jefe.” Sin embargo, durante este tiempo para improvisar y construir la dimensión emocional de la narrativa, el cliente atraviesa un proceso de trabajo emocional similar al propuesto por Greenberg y Safran (1987a, 1987b; Safran y Greenberg, 1988). Primero el terapeuta pide al cliente que active los esquemas emocionales utilizando dos clases de consignas:

(1) *Consignas imaginarias* (por ejemplo: “Por favor, vuelve a lo que habíamos hecho en la fase objetivante, e intenta traer aquí y ahora todas las dimensiones sensoriales de la experiencia, en tiempo presente, en el aquí y ahora”.);

(2) *Consignas motoras* (por ejemplo: “Por favor date cuenta, repite, y

desarrolla cualquier gesto, movimiento, o expresión facial mientras vayas describiendo las imágenes -se pide al cliente que repita y exagere las dimensiones de la experiencia de las que es consciente”).

En segundo lugar, el terapeuta empieza el proceso de focalización, utilizando dos clases de consignas:

(1) *Consignas intensificantes* (por ejemplo: “Ahora intenta intensificar tu experiencia a través de una mayor elaboración de las imágenes sensoriales y una expresión aumentada de tus reacciones motores”);

(2) *Consignas de refocalización* (por ejemplo: “Céntrate ahora sólo en el lado interno de tu experiencia en el aquí y ahora, no te preocupes de las palabras para describir lo que estás experimentando, permítete ser sólo consciente de lo que estás experimentando”).

La tercera y última fase de la construcción emocional es el proceso de simbolización, que se consigue mediante las siguientes consignas:

(1) *Consignas simbolizantes* (por ejemplo: “Ahora intenta identificar una palabra o símbolo que refleje más apropiadamente lo que estás experimentando en este momento”);

(2) *Consignas resimbolizantes* (por ejemplo: “Ahora vuelve a la experiencia y apareja tu símbolo con lo que estás experimentando para ver si este es un buen símbolo que de significado a tu experiencia... retoca el símbolo para que se ajuste mejor a tu experiencia”).

Tal como en fases anteriores, los deberes a realizar en casa sirven para consolidar la construcción de las narrativas emocionales -subjetivación emocional de las narrativas cotidianas. Se pide al cliente que identifique durante cada día de la semana siguiente un hecho determinado y que siga el proceso de tres fases de activación, focalización, y simbolización.

Otro aspecto de la fase subjetivante consiste en la construcción de las narrativas cognitivas. Aquí el terapeuta intenta que el cliente tome consciencia del lado interno, pero esta vez cognitivo, de su experiencia (i.e., pensamientos, diálogo interno, cogniciones). El trabajo cognitivo se introduce con ejercicios de subjetivación cognitiva. De nuevo, las mismas situaciones utilizadas en la tarea emocional son las consignas para la construcción de las cogniciones del cliente. El terapeuta utiliza una secuencia de dos tipos de consignas siguiendo lo que se hace tradicionalmente en la psicoterapia cognitiva (Gonçalves, 1993):

(1) *Listado de pensamientos* (por ejemplo: “Al volver y reexperimentar la situación, intenta compartir todos los pensamientos y diálogos internos que te vengan a la cabeza”);

(2) *Pelar la cebolla o consignas de escarbar por capas* (por ejemplo: “Intenta escoger uno de tus pensamientos y descubrir qué pensamiento se encuentra debajo del anterior hasta que consigas llegar a lo que parezca tu pensamiento más básico”).

Nuevamente, el proceso se completa con deberes que el cliente tiene que hacer

en casa: subjetivar las narrativas cotidianas. Se pide al cliente que identifique hechos cotidianos y que siga las consignas descritas más arriba para construir el lado cognitivo de sus narrativas.

Después de haber completado el trabajo en el desarrollo de una actitud subjetivante, tanto cognitiva como emocional, el terapeuta dirige la atención del cliente hacia el uso de estos instrumentos para la construcción emocional y cognitiva de la narrativa prototipo seleccionada. En la sesión, el terapeuta repasa cada consigna emocional y cognitiva para cada hecho que guarda relación con la narrativa. Esto es lo que denomino sesiones de ejercicios con consignas subjetivantes para la narrativa prototipo (tanto emocionales como cognitivas).

Como seguimiento del trabajo desempeñado durante las sesiones, se pide al cliente que desarrolle, entre las sesiones, el lado interno de la narrativa -subjetivación emocional y cognitiva detallada para la narrativa prototipo.

A continuación se ilustra brevemente este proceso con ejemplos de la narrativa de Fernando:

*** Construcción emocional**

Activación de emociones -"Veo al profesor que se acerca a mí, siento una gran tensión en mi espalda... Mis hombros están encogidos y mis manos heladas... siento mi corazón latiendo en mi garganta..."

Focalización -(Terapeuta: "Intenta elaborar más estas sensaciones")... Mi espalda... mi espalda se vuelve más y más pesada y no puedo moverme, mi cabeza se cae para adelante dado el peso de mi espalda... mis hombros se encogen cada vez más... me siento empequeñecer... mi garganta está cerrada y apenas puedo hablar..."

Simbolización -"Estoy asustado... absolutamente asustado y en pánico... sí, lo que siento es terror y pánico..."

*** Trabajo cognitivo**

Listado de pensamientos y "pelar la cebolla" -"Me voy a congelar... se va a reír de mi frío... todo el mundo me va a ver helándome... todo el mundo verá que soy absolutamente ridículo, infantil, y cobarde... sí todo el mundo me ve infantil, ridículo y cobarde debo ser un pedazo de mierda... los pedazos de mierda son inútiles y no merecen ni contaminar el mundo... como pedazo de mierda no merezco vivir..."

Metaforización de las narrativas

Una vez el cliente ha conseguido todas las tareas prescritas de recordar, objetivar y subjetivar narrativas, el terapeuta introduce la tarea de la fase de *metaforización*. De la misma manera, hay dos objetivos que se consideran centrales en el trabajo del terapeuta: (1) ayudar al cliente a desarrollar una actitud metaforizante; y (2) identificar la metáfora raíz de la narrativa prototipo seleccionada.

Lakoff y Johnson (1980) recuerdan que "Nuestro sistema conceptual ordina-

rio, en cuyos términos pensamos y actuamos, tiene una naturaleza fundamentalmente metafórica” (p.3). Según estos autores, todos los procesos de conocimiento implican una objetivación de lo que se sabe y por eso requieren el desarrollo de metáforas. Hay tres tipos de metáforas que prevalecen en nuestras construcciones del self y de la realidad: (1) metáforas estructurales -en las cuales se estructura un concepto metafóricamente en términos de otro (por ejemplo: conceptualizar “las relaciones amorosas” como guerras); (2) metáforas de orientación -se organiza un sistema completo de conceptos en una relación espacial (por ejemplo: Feliz es arriba; Triste es abajo); (3) metáforas físicas -entender nuestra experiencia en términos de objetos físicos (incluido nuestros cuerpos) y sustancias (por ejemplo: conceptualizar gente como comida) (Lakoff y Johnson, 1980).

Las narrativas del cliente revelan las metáforas estructurales, de orientación y físicas de sus sistemas representacionales (Gonçalves y Craine, 1990). Lo que se intenta desarrollar primero en esta fase de terapia es una actitud metafórica, “un tipo de comunicación donde la forma o estructura del mensaje es isomórfica con el contenido del mensaje” (Haskell, 1987, p. 253) -una manera de encontrar una representación estructural simbólica del sistema de construcción del cliente. En otras palabras, el objetivo de esta fase es ayudar al cliente en la construcción de significados de su experiencia. Esto se consigue mediante el entrenamiento del cliente para desarrollar metáforas estructurales, de orientación, y físicas de diferentes narrativas.

El proceso empieza con la modelización de la actitud metaforizante. El proceso de modelización se consigue a través de observar diferentes modelos que presentan esta actitud metaforizante. Una buena manera de ilustrar al cliente lo que significa metaforizar es presentar relatos cortos o crónicas. Después de leer una crónica o relato determinado, el cliente discute sobre los posibles significados centrales del material escrito y cómo se han condensado en el título metafórico escogido por el autor. Se puede desarrollar un proceso similar con películas, teatro, e incluso danza y música, dependiendo de los intereses específicos del cliente.

Seguidamente, el terapeuta dirige sesiones de ejercicios de metaforización. En este proceso se utilizan las narrativas que han sido creadas por el cliente en el contexto de entrenamiento del desarrollo de las actitudes de objetivación y subjetivación durante las sesiones y en casa. Por ejemplo, el terapeuta puede revisar con el cliente la narrativa objetivante y subjetivante que el cliente ha creado para la situación estimulante, “llegas media hora tarde y te las tienes que ver con tu jefe.” Sin embargo, esta vez, se utilizan cuatro nuevos tipos de consignas para reforzar el desarrollo de una actitud metaforizante:

(1) *Consigna estructural* (por ejemplo: ¿si pudieras encontrar un concepto que simbolizara, de forma metafórica, tus experiencias en esta situación, cuál sería?);

(2) *Consigna de orientación* (por ejemplo: ¿Si pudieras encontrar una metáfora de relación espacial que simbolizara tu experiencia en esta situación, cuál sería?);

(3) *Consigna física* (por ejemplo: ¿Si pudieras encontrar un objeto o substan-

cia que simbolizara, de forma metafórica tu experiencia, cuál sería?);

(4) *Resumen* (por ejemplo: De todas las metáforas que has desarrollado, ¿cuál o qué combinación simbolizaría mejor tu experiencia?).

De forma similar que en las anteriores fases, el trabajo terapéutico se consolida mediante la realización de deberes en casa que requieren que el cliente siga creando diferentes metáforas sobre los hechos de cada día (metaforización de las narrativas cotidianas).

Cuando el cliente ha desarrollado la capacidad de metaforizar sus experiencias, el terapeuta le hace ir a través de este proceso para que construya la metáfora raíz de la narrativa prototipo seleccionada. Las consignas estructurales, de orientación, físicas y el resumen se utilizan para facilitar la construcción del cliente de las metáforas más adecuadas.

Una vez finalizada la construcción de la metáfora, se empieza a trabajar en el proceso de análisis histórico de la metáfora raíz. Primero, durante la sesión, el terapeuta pide al cliente que busque situaciones similares en su vida cotidiana donde esta metáfora está actuando. En segundo lugar, el cliente tiene que ir a través de diferentes etapas de su vida (i.e., infancia, adolescencia, madurez) -revisión del proyecto de vida (Mahoney, 1991)- identificando situaciones que ilustren la operación de la metáfora seleccionada. Normalmente este proceso se complementa con trabajo intensivo en casa en el cual el cliente tiene que encontrar una narrativa ilustrativa para cada fase de la vida y desarrollar esta narrativa de acuerdo con las exigencias de la tarea objetivante y subjetivante.

En este punto de la terapia, se supone que el cliente ya es consciente de las construcciones simbólicas centrales que han estado organizando los hechos de su vida actual y futura.

También en este punto de la terapia, se está construyendo la narrativa prototipo con detalles de la objetividad sensorial y la riqueza de la subjetividad emocional y cognitiva. Adicionalmente, se ha identificado una metáfora raíz como el significado central de la narrativa. Finalmente, una red de narrativas adicionales subsumidas bajo la misma metáfora ofrecen el soporte histórico y contextual necesario.

Otra vez ilustraremos nuestra exposición con el caso de Fernando. Como respuesta a las consignas estimulantes, Fernando creó tres metáforas centrales: (1) metáfora estructural -"actor desastroso"; (2) metáfora de orientación -"outsider"; (3) metáfora física -"serpiente." Como resultado de la consigna del resumen ofreció la siguiente metáfora, según él el título ideal para su narrativa podría ser: "Un terrible actor evitante." Después de la identificación de la metáfora, el terapeuta introduce el siguiente proceso de imágenes guiadas cuyo propósito es confirmar la construcción de la metáfora raíz.

Terapeuta (instrucciones para las imágenes guiadas): "El profesor está de pie sobre la tarima con una actitud agresiva, lleva un traje oscuro, andando de un lado para otro de la clase, mirando como si la clase estuviera vacía... Hay un silencio

pesado en la clase, sólo roto por los pesados pasos del profesor en su marcha solitaria... tu boca está completamente seca... una mezcla de olores proviene de diferentes perfumes y grupos de estudiantes... el olor de recién pintado de las paredes... el olor de tu sudor...

Tu corazón late deprisa... tensión en tu espalda y cuello... manos húmedas... cuando ves que el profesor se acerca a ti, sientes una gran tensión en tu espalda... tus hombros están encogidos y tus manos heladas... sientes el corazón latir en tu garganta... tu espalda se vuelve cada vez más pesada y no te puedes mover, tu cabeza se cae para delante debido al peso de tu espalda... mientras tus hombros cada vez se encogen más te sientes empequeñecer... tu garganta está bloqueada y apenas puedes hablar...

Te sientes asustado... piensas, “me voy a helar... va a reírse de mi frío... todo el mundo me va a ver helándome... todo el mundo verá que soy absolutamente ridículo, infantil, y cobarde... si todo el mundo me considera ridículo, infantil y cobarde debo ser un pedazo de mierda... los pedazos de mierda no sirven para nada y no merecen contaminar el mundo... como pedazo de mierda no me merezco estar viviendo... “Mientras piensas esto cada vez tienes más miedo, miedo absoluto y pánico... sí lo que sientes es miedo y pánico...”

A través de la narrativa, recuerda esta imagen del actor terrible que evita e intenta aparejarlo con tu experiencia ahora... intenta adecuar la metáfora de forma apropiada...

Cliente: -”No es necesario, es exactamente la imagen de un actor terrible, un falso resbaladizo... un actor que deja el escenario con escalofríos y arrastrándose... un actor asustado evitante...”

Terapeuta (introduciendo el análisis histórico): -”Ahora intentemos identificar otras narrativas de tu vida en las que esta metáfora también parece adecuada...”

Cliente: -”Todo... esta metáfora es la historia de mi vida... mi guión...”

Terapeuta: -”Muy bien, pero sin embargo intenta particularizar la construcción de otras narrativas de tu vida...”

Proyección de narrativas

Llegamos a la última parte de la psicoterapia cognitiva narrativa. Esta fase final intenta conseguir dos objetivos principales: (1) el desarrollo de una actitud de proyección; y (2) la aplicación de esta actitud al desarrollo de las metáforas alternativas y guiones.

El desarrollo de una actitud de proyección se asemeja a lo que Hazel Markus ha descrito como los posibles yoés (Markus y Nurius, 1986). Los posibles yoés representan el desarrollo de caminos alternativos para el cliente; “lo que uno piensa de su potencial y de su futuro... imágenes del individuo tal como le gustaría ser, tal como desea o teme ser” (Wurf y Markus, 1991, p. 40).

Una actitud de proyección es la capacidad del cliente de ofrecer significados

alternativos de sus narrativas mediante la construcción de metáforas alternativas y la validación de aquellas metáforas proyectando las nuevas.

El objetivo de cada terapia debería orientar al cliente hacia nuevas narrativas de la vida, conllevando un sentido de actuación y de producción propia. Es decir, se lleva al cliente a través de la actitud de proyección para desarrollar nuevos caracteres alternativos, es decir a través de metáforas alternativas). Estas alternativas, a su vez, contribuyen a la definición de un nuevo autor, devolviendo al cliente un sentido alternativo de la identidad y autoría (Lehrer, 1988). Tal como Crites (1986) afirma (remitiéndose a Kierkegaard), cuando comprendemos yendo hacia atrás siempre vivimos hacia delante, y es el desarrollo de una dialéctica más flexible entre la construcción y deconstrucción de la narrativa hacia la cual la terapia debería apuntar. La aventura hacia lo desconocido, el mundo de la posibilidad, es desde luego el objetivo final de la terapia.

La etapa final de la terapia modela la actitud de proyección. Esta fase empieza cuando se pide al cliente que inspeccione cómo los procesos de cambio se introducen a través del desarrollo de una actitud de proyección. Se utilizan ejemplos de la literatura, cine, teatro, o de personas conocidas para ilustrar y discutir con el cliente los diferentes aspectos relacionados con la actitud de proyección. De la misma manera, una estrategia útil de modelación en este punto de la terapia es utilizar otras situaciones de cambio experimentadas por el cliente como procesos de automodelación.

Los ejercicios durante las sesiones de construcción de significados alternativos inician el cliente en la exploración y construcción de metáforas alternativas. Otra vez, el terapeuta revisa las situaciones estímulo introducidas en otras fases de la terapia y ayuda al cliente a desarrollar los guiones y las metáforas alternativas. Esto se consigue utilizando un conjunto de tres estrategias dada una situación de estímulo (por ejemplo: "Llegas media hora tarde y te las tienes que ver con el jefe"). Estas estrategias consisten en la aplicación de lo que se ha aprendido anteriormente, pero esta vez en el contexto de desarrollo de narrativas alternativas.

(1) *Construcción de la metáfora alternativa* -El cliente tiene que construir metáforas raíz nuevas y alternativas siguiendo un proceso similar al que se utilizó para la construcción de la metáfora raíz.

(2) *Objetivar la metáfora alternativa* -A partir de la metáfora raíz alternativa, el cliente tiene que objetivar una narrativa alternativa basada en la nueva metáfora.

(3) *Subjetivar la metáfora alternativa* -Finalmente, lo que se ha aprendido durante la fase de subjetivación se utiliza ahora para proyectar la experiencia subjetiva de la metáfora alternativa. De nuevo, esto se hace tanto mediante la dimensión emocional como la cognitiva de la narrativa.

Se utiliza otra vez la rutina del trabajo para hacer en casa con el objetivo de consolidar el trabajo terapéutico a través del proceso de proyectar las narrativas cotidianas. Se pide al cliente que seleccione metáforas alternativas para ciertos

hechos de la siguiente semana. Se sugiere el siguiente proceso:

(1) *Construir una metáfora alternativa* para un hecho anticipado -Por ejemplo, el cliente decide que en una cena a la que va con su ex-esposa, va a explorar la metáfora de un maestro budista.

(2) *Objetivar la metáfora alternativa* -Se pide al cliente que objetive cuidadosamente el escenario; el cliente escribe el escenario de la cena: cómo va vestido, los detalles del restaurante, los colores y olores de la comida, la colonia que se va a poner, etc.

(3) *Subjetivar la metáfora alternativa* -De la misma forma anticipar el escenario interno mediante la construcción proactiva de los procesos emocionales y cognitivos del maestro budista.

(4) *Llevar a cabo la metáfora alternativa* -Cuando se ha desarrollado todo el guión, se anima al cliente a ejecutar la metáfora de la mejor manera que sea capaz, pudiendo improvisar libremente en el rol que ha decidido explorar.

(5) *Evaluación de la metáfora alternativa* -Una vez se ha completado la escena, se pide al cliente que objetive y subjetive una narrativa de la situación.

Una vez el cliente se ha familiarizado con este proceso, el terapeuta introduce el proceso de construcción de las metáforas raíz alternativas. La metáfora raíz alternativa se concibe como un grupo de nuevas lentes de significado con las cuales explorar y dar sentido a la realidad contrastando con la primera.

De forma similar a lo que sucedió en la fase de metaforización, el terapeuta introduce consignas para ayudar al cliente a construir una metáfora alternativa:

(1) *Consigna estructural*

Terapeuta: “Si pudieras encontrar un concepto que simbolizara una metáfora alternativa a tu manera actual de dar significado (metáfora raíz), ¿cuál sería?”

(2) *Consigna de orientación*

Terapeuta: Si pudieras encontrar una metáfora de relación espacial que simbolizara una metáfora alternativa a tu manera actual de dar significado (metáfora raíz), ¿cuál sería?

(3) *Consigna física*

Terapeuta: Si pudieras encontrar un objeto o sustancia que simbolizara una metáfora alternativa a tu manera actual de dar significado (metáfora raíz) ¿cuál sería?

(4) *Resumen*

Terapeuta: De todas las metáforas que has desarrollado, ¿cuál o qué combinaciones simbolizarían mejor una metáfora alternativa a tu manera actual de dar significado (metáfora raíz)?

Cada metáfora alternativa tiene que basarse en las experiencias del cliente. Ninguna metáfora puede utilizarse sin una base histórica de las experiencias de la vida del cliente. Por eso se pide al cliente que haga un análisis histórico de la metáfora alternativa para poder encontrar episodios narrativos que operen, al menos

en parte, bajo esta metáfora alternativa.

Primero, en la situación clínica, el terapeuta pide al cliente que identifique situaciones pasadas de su vida (a saber: infancia, adolescencia, madurez) que operaran con esta metáfora. Después, el cliente lleva a cabo un trabajo intensivo en casa utilizando las narrativas de la metáfora alternativa.

Tan pronto como el cliente se hace suya, a través del análisis histórico, sus metáforas alternativas (a saber, el self posible), se introduce la proyección de las narrativas alternativas a través de varias experiencias de rol fijo (Kelly, 1955). En este proceso se siguen los siguientes pasos.

(1) *Selección de situaciones estímulo* -Se seleccionan varias situaciones estímulo con el cliente. Éstas son escenarios de una situación de la vida del cliente.

(2) *Objetivar y subjetivar la narrativa* -Para estas situaciones, se pide al cliente que construya una narrativa basada en la metáfora raíz alternativa, tanto con las dimensiones objetivantes como las subjetivantes. Este trabajo se completa normalmente en casa con detalles adicionales.

(3) *Ensayo de la narrativa* -Se ensaya el guión desarrollado en el contexto de la situación terapéutica. El terapeuta ofrece información detallada de las dimensiones de conducta, cognitivas, y emocionales de la actuación del cliente. Tanto el uno como la actuación del cliente se adaptan de acuerdo con ello.

Finalmente, una vez se han desarrollado y ensayado los guiones, el terapeuta inicia el proceso de evaluación de las narrativas alternativas invitando al cliente a completar un test de la viabilidad de estas narrativas con experiencias *en vivo*. Se aconseja al cliente, en este momento, que adopte la actitud de un actor y, para la situación planeada, que ejecute la narrativa que se ha construido y ensayado en la terapia.

Adicionalmente, se pide al cliente que mantenga una monitorización exacta de la fase de ejecución, siguiendo los mismos procedimientos narrativos desarrollados a lo largo de la terapia. Es decir, se tiene que presentar una objetivación y subjetivación detallada de la situación para poder discutirla con el terapeuta. Según los resultados de estas evaluaciones, se planean nuevos guiones basados en la metáfora alternativa o en las nuevas metáforas que se hayan construido.

El proceso no tiene final. Más bien al contrario, el objetivo es que el cliente sea capaz de aplicar esta actitud narrativa para desarrollar un sentido continuo de representación y autoría en su vida. El cliente debería permitirse la oportunidad de construir y deconstruir un conjunto de narrativas sinfín. Cuando el cliente y terapeuta están de acuerdo en que este objetivo está en proceso, el escenario y la experiencia de la relación terapéutica se convierten en historia. “Llegar a ser es un proceso que puede que nunca se complete; sin embargo, no puede decirse que el proceso ni siquiera haya empezado hasta que la persona intenta validar el posible self deseado, aunque sólo sea tentativamente” (Wurf y Markus, 1991, p.54).

Con Fernando, la fase final de la terapia fue una experiencia estimulante. Llevó

tiempo familiarizarse con los retos y posibilidades de una actitud proyectante. Sintiendo atrapado a lo largo de su historia por su metáfora de “actor terrible evitante”, costó un gran esfuerzo ayudarlo en el desarrollo creativo de las metáforas alternativas. Paso a paso se emocionó con la idea de construir nuevas posibilidades para sí mismo en situaciones diferentes y a veces triviales. Durante esta fase de la terapia fue cuando espontáneamente empezó a introducir un cambio considerable en su vida diaria. Cuando estábamos practicando con las metáforas alternativas, vino con un peinado nuevo, un nuevo estilo de vestir, e incluso con un nuevo programa de ejercicios. De alguna forma, Fernando estaba asumiendo el objetivo más central de la psicoterapia cognitivo-narrativa. Llegado el momento de construir una metáfora alternativa a su narrativa prototipo, salió con una metáfora estructural interesante, la de Investigador Privado. De hecho esta hipersensibilidad a los indicios sociales le permitió construir una muy buena habilidad para observar y decentrarse. Sherlock Holmes era sin duda uno de sus personajes favoritos en sus lecturas anteriores. Se le pidió a Fernando que volviera a sus lecturas y que buscara puntos de contacto entre sus narrativas y las de Holmes. Construimos y llevamos a cabo varias narrativas episódicas en las cuales aplicó las habilidades de distanciamiento, observación y creatividad de un investigador privado.

Mientras disfrutábamos de la progresión de estas micronarrativas, Fernando fue sacando privadamente algunas implicaciones a nivel macro. Próximo al final del proceso terapéutico, decidió cambiar sus estudios por los de psicología. Cuando le pregunté qué significado le daba a esta decisión, respondió con la manera arrogante de Sherlock Holmes:

-”Elemental querido Watson, no cuesta demasiado pasar de investigador privado a investigador de lo privado!”

CONCLUSIÓN

Llegados al final de esta narrativa, resumimos algunas ideas centrales que hemos presentado.

Primero, se argumentó que la psicología cognitiva ha encontrado pruebas cada vez más fehacientes que los humanos son contadores de historias y que sus representaciones cognitivas básicas se estructuran en términos de narrativas (Polkinghorne, 1988). En segundo lugar, los terapeutas cognitivos deberían tratar los sistemas representacionales de los clientes más como narrativas y procesos metafóricos que como algoritmos lógico- preposicionales (Gonçalves, en prensa). Finalmente, el proceso terapéutico de recordar, objetivar, subjetivar, metaforizar, y proyectar puede contribuir al desarrollo de una terapia cognitiva que supere el concepto mecanicista de corregir el proceso de información en favor de la experiencia humana central de construcción del significado (Bruner, 1990).

En resumen, la terapia cognitivo-narrativa es parte de un esfuerzo constructivista que intenta, mediante la construcción de nuevas metáforas raíz del conocimiento

humano (a saber, la narrativa), ofrecer sendas alternativas y creativas para la terapia cognitiva (Guidano, 1991; Joyce-Moniz, 1989). La viabilidad de estas metodologías debería probarse en el reino del escenario terapéutico requiriendo el uso creativo de las nuevas metodologías hermenéuticas que se están desarrollando recientemente (Angus y Hardtke, 1992; Angus y Rennie, 1989).

Todavía falta un buen trecho para llegar a una comprensión aceptable de los ingredientes efectivos de nuestras prácticas clínicas. Creo, sin embargo, tal como señala Donald Polkinghorne (1988, p. 182), que hay un terreno prometedor en la exploración de las empresas comunes de la psicoterapia y la narrativa:

“La psicoterapia y la narrativa tienen en común la construcción de una existencia humana significativa. Cuando se presentan a la situación terapéutica, los clientes ya tienen narrativas de la vida, de las cuales son tanto autores como protagonistas. La narrativa de la vida tiene un final abierto: las acciones y hechos futuros se tendrán que incorporar a la trama presente”.

Las psicoterapias cognitivas están experimentando grandes cambios conceptuales. En los más recientes desarrollos de la teoría cognitiva han aparecido una creciente orientación constructivista junto con un modelo narrativo de los procesos de conocimiento. Estos cambios prueban la necesidad de desarrollar nuevas metodologías terapéuticas que sean capaces de efectuar grandes cambios en los procesos de conocimiento. Este artículo intenta tratar estas cuestiones presentando una ilustración de una nueva metodología terapéutica a la cual nos referiremos como psicoterapia cognitivo-narrativa.

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Nota Editorial:

Este artículo se publicó con el título *Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings* en el “Journal of Cognitive Psychotherapy” (1994) (8), 2, 105-125. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ANGUS, L.E. & HARDTKE, K. (1992). *Narrative processes in psychotherapy*. Manuscrito no publicado, York University, Toronto, Canada.
- ANGUS, L.E. & RENNIE, D.L. (1989). Envisioning the representational world: The client's experience of metaphoric expression in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 372-379.
- BAMBERG, M. (1991). Narrative activity as perspective taking: The role of emotionals, negations, and voice in the construction of the story realm. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 275-290.
- BRUHN, A.R. (1992). The early memory procedures: A projective test of autobiographical memory: Part 1. *Journal of Personality Assessment*, 58, 1-15
- BRUNER, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BRUNER, J. (1990) *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- CRITES, S. (1986). Storytime: Recollecting the past and projecting the future. In T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 152-173). New York: Praeger.
- GERGEN, K.J. & GERGEN, M.M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. In T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 22-44). New York: Praeger.
- GERGEN, K. & KAYE, J. (1992) Beyond the narrative and the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*, 167-185. London: Sage.
- GONÇALVES, O.F. (Ed.) (1989). *Advances in the cognitive therapies*. Porto, Portugal: Apport.
- GONÇALVES, O.F. (1993). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* [Cognitive therapies: Theory and practice]. Porto: Afrontamento.
- GONÇALVES, O.F. (en prensa). Hermeneutics, constructivism and cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. In R.A. Neimeyer & M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*.
- GONÇALVES, O.F. & CRAINE, M. (1990) The use of metaphors in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Therapy*, 4, 135-150.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987a) *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987b). Emotions in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self: A development approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- HASKELL, R.E. (1987). Structural metaphor and cognition. In R.E. Haskell (Ed.), *Cognition and symbolic structures: The psychology of metaphoric transformation* (pp. 241-256). Norwood, NJ: Ablex.
- HOWARD, G. (1991). Cultural tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- JOYCE-MONIZ, L. (1989). Structures, dialectics and regulation of the applied constructivism: From developmental psychopathology to individual drama therapy. In O.F. Gonçalves (ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*. Porto: Apport.
- KELLY, G.A. (1995). *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 & 2). New York: Norton.
- KIHLSTROM, J.F. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
- LAKOFF, G. (1987). *Women, fire and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago: The University of Chicago Press.
- LAKOFF, G. & JOHNSON, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press.
- LEAHY, R.L. (1991). Scripts in cognitive therapy: the systemic perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 291-304.
- LEHRER, R. (1988). Characters in search of an author: The self as a narrative structure. In J.C. Mancuso & M.L. Shaw (Eds.), *Cognition and personal structure: Computer access and analysis* (pp. 195-228). New York: Praeger.
- LODGE, D. (1975). *Changing places*. Middlesex: Penguin.
- LODGE, D. (1991). *Paradise news*. London: Secker & Warburg.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes: the scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MAIR, M. (1989). *Between psychology and psychotherapy: A poetics of experience*. London: Routledge.
- MANDLER, J. (1984). *Scripts, stories and scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MARKUS, H. & NURIUS, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-696.
- POLKINGHORNE, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: SUNY Press.

- RUSSELL, R.L. (1991). Narrative, cognitive representations, and change: New directions in cognitive theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 241-256.
- RUSSELL, R.L. & van den BROEK, P. (1992). Changing narrative schemas in psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 344-354.
- SAFRAN, J.D. & GREENBERG, L.S. (1988). Felling, thinking and acting: A cognitive framework for psychotherapy integration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 109-132.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, Z.V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- SCHAFFER, R. (1981). *Narrative actions in psychoanalysis*. Worcester, MA: Clark University Press.
- SIEGLEMANN, E.Y. (1990). *Metaphor and meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- van den BROEK, P. & THURLOW, R. (1991). The role and structure of personal narratives. *Journal of Cognitive psychotherapy*, 5, 157-276.
- WEIMER, W.B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. In R. Shaw & J. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting and knowing* (pp. 276-311). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.
- WURF, E. & MARKUS, H. (1991). Possible selves and the psychology of personal growth. *Perspectives in Personality*, 3, 39-62.

SIGNIFICADO DE LOS RELATOS EN PSICOTERAPIA: LOS FRUTOS DE UNA NUEVA UNIDAD OBSERVACIONAL

Lester Luborsky, Jacques P. Barber, Louis Diguier
University of Pennsylvania School of Medicine

It is the new definition of relationship narratives in psychotherapy that has led to the 14 observation about them in our review and to recognition of their meaning for the process of psychotherapy. Among the most significant externally descriptive observations about relationship narratives were, their identifiability by trained judges, their frequency in almost all sessions and their focus on recent events in intimate relationships. Internal observations came from the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method applied to the narratives, including: a high frequency of wishes for closeness as well as for independence, a high frequency of negative expectations of responses from others and self, a high pervasiveness of wishes both early and late in therapy, and an increase in positive responses from others and of self as patients improve in psychotherapy.

No es ninguna novedad para los psicoterapeutas que los pacientes cuenten con frecuencia cosas sobre las relaciones con otros y consigo mismos. Estas narraciones, sin embargo, no han sido todavía, examinadas como una unidad de investigación, objetivamente definida. El estudio de tales narrativas empezó un día memorable de 1975 como parte del resultado de una medida operacional de sus patrones centrales de relación (Luborsky, 1976, 1977). Mientras leía y releía las sesiones, Luborsky empezó a darse cuenta de que los relatos entran rápidamente a tratar de los patrones centrales de relación. Esta idea fundamental le llevó a pensar que estas narraciones podían servir como base para extraer de las narraciones el *Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)* [Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas] (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990). Parte de los resultados de la investigación ya han sido explicados (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990), pero hasta ahora siempre en un contexto diferente, normalmente como datos de los que extraer el Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas [CCRT].

Este es el primer estudio que se centra en la narrativa como unidad de

investigación. Es también el primero en examinar y luego integrar investigación sistemática en narraciones de relación en psicoterapia. Ya que estas narraciones son entidades omnipresentes con muchas facetas en muchos tipos de sesiones de psicoterapia deben tener funciones significantivas en el proceso terapéutico. Nosotros, por eso, añadimos por cada observación que hacemos más adelante, su significado para conseguir las ventajas de la psicoterapia.

Nuestras observaciones iniciales sobre tales narrativas que se revisarán en este artículo ofrecen puntos de vista de sus características externas. Incluyen aspectos básicos tales como el número de narraciones sobre uno mismo u otros en cada sesión de terapia, su duración, las otras personas con las que el narrador interactúa, y el período de tiempo en el cual ocurrió el hecho de la narración. A continuación describimos sus componentes CCRT más internos, sus deseos más frecuentes, las respuestas de otros, y las respuestas de uno mismo.

Mientras que el interés en la narración es nuevo en la investigación psicoterapéutica, fuera de nuestro campo durante las dos últimas décadas ha habido una tremenda aceleración del interés en la narrativa en una gran variedad de campos: crítica literaria (Derrida, 1977, Genette, 1988; Greimas, 1990; Martin, 1986), psicolingüística y análisis del discurso (Chapman, 1980; Labov, 1972), psicología cognitiva (Black & Bower, 1979; van Dijk, 1980; Mandler & Goodman, 1982; Stein, 1982), psicología del desarrollo cognitivo (Hartley, en prensa, Vitz, 1990), y psicoanálisis (Schafer, 1976; Spence, 1982). Pero aquí no intentaremos cubrir este extensísimo trabajo en narrativas de otros campos, exceptuando algunas referencias ocasionales en el curso de nuestra discusión del significado de cada una de las observaciones.

METODO

La definición de la narrativa relacional.

Las narraciones que forman nuestra base de datos se obtuvieron de sesiones psicoterapéuticas por dos jueces independientes que siguieron los guiones para la definición operacional de episodios de relación (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990). Tales narraciones se reconocen como partes de sesiones que ocurrieron como episodios discretos de narraciones explícitas de relaciones con los otros y con uno mismo. En cada episodio relacional se identifica una persona que es la que interactúa con el narrador. A pesar de que el narrador puede haberse referido a otros personajes en el episodio, los jueces pueden identificar normalmente el personaje principal con el cual el paciente está interactuando.

Frente a la gran oferta de narrativas perfectamente completas se desechan las incompletas. Para diferenciarlas más fácilmente los jueces que identifican episodios relacionales, los califican de 1 a 5 de acuerdo con su grado de menor a mayor detalle (Luborsky, 1990a).

Un aspecto esencial del carácter completo de la narración es la cantidad de

detalles sobre la interacción del paciente con la otra persona. Un episodio de relación relativamente completo es aquel en el que el narrador incluye el intercambio entre él mismo y la otra persona en términos de deseos y respuestas de la otra persona y de sí mismo, así como del resultado del mismo. Los relatos específicos de los hechos dan más información probablemente que los que generalizan sobre varios incidentes, a pesar de que se aceptan igualmente. Los episodios muy incompletos se excluyen porque los componentes del Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas son difíciles de identificar. Afortunadamente, la presencia de episodios relacionales es normalmente adecuada y no hay indicios de que la exclusión de episodios distorsione el Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas [CCRT].

Para hacer más tangibles la naturaleza de las narraciones completas y su calificación se reproducen más abajo dos ejemplos (Fig. 1). Pertenecen a la tercera sesión de un paciente depresivo en psicoterapia dinámica breve de apoyo (Luborsky

Tabla 1. Dos ejemplos de episodios relacionales (3ª Sesión)

Clasificación CCRT	Episodio relacional # El hermano y su mujer (Grado de saturación 4.5)
<p>W: Salir de mala relación (14, 23) RO: Rechazo (4, 14) RO: Rebajada (6, 8)</p> <p>RS: Sentirse mal respecto a ella misma (26,27?)</p> <p>W: Tener una buena relación (3,2) RS Sentirse mal (22?, 20?)</p> <p>RO: Deshonestidad 8, 15?) RO: La rebajan (8, 4)</p> <p>RS: Enfado (21, 6)</p>	<p>//Sin embargo, quiero irme de casa de Bob y Jane (hermano y cuñada) tan pronto como sea posible// Tratada como un ciudadano de segunda clase// No es muy bueno para mi propia estima// Tal como si fueran adictos y tuvieran una personalidad adicta// Creo que debería estar rodeada de gente seria// Siempre es la misma canción// Y esto es precisamente lo peor. Quiero decir que empiezo a pensar negativametne tan pronto como están cerca de mí, porque ambos son negativos. // Son deshonestos// Están actuando como si me estuvieran haciendo un gran favor, pero estoy pagando la mitad del alquiler de su apartamento// y todo lo que tengo es una habitación pequeñísima; no tengo armario, y toda la basura está en mi cuarto y ¡uf! tengo que girar alrededor de sus vidas// (pausa) Simplemente no los puedo soportar</p>

Clasificación CCRT	Episodio relacional # El novio (Grado de saturación 5)
<p>W: Acabar una mala relación (18, 23)</p> <p>RO: Rechazo (4,14)</p> <p>RS: Aserción sobre rechazar una relación (11?, 14?)</p> <p>RO: Dejar de hablar conmigo (13?, 14)</p> <p>RO: No me llama (12, 4)</p> <p>RS: Enfado (21, 6)</p> <p>RS: Dejaré de llamarlo</p> <p>RS: Enfado (21, 6)</p> <p>RS: Rechazar a otro (6,21)</p> <p>W: Nunca más sola (11, 14)</p> <p>RS: Sola llorando (232? 22?)</p> <p>W: No sentirse aislada (11, 14?)</p> <p>RS: Aislada (23, 20)</p> <p>RS: Enfado (21, 6)</p> <p>PRO: Otros amigos la apoyaron (13,3)</p> <p>RO: (No da apoyo (14, 4)</p> <p>RO: (No da apoyo (4, 14)</p>	<p>//Sí ya he, ya he dejado de hablarle a aquel tío casado//</p> <p>porque es un verdadero idiota//.</p> <p>Quiero decir que no quiero nada de nadie este año, ni para el resto de mi vida//</p> <p>Y él ha dejado de hablarme; ya no me llama// Ni siquiera para saber a dónde me traslado esta semana//</p> <p>No me llama//</p> <p>Pues que se joda//</p> <p>Tampoco le voy a llamar yo//</p> <p>Simplemente me pone enferma//</p> <p>No quiero tener nada que ver con él //</p> <p>Nunca más voy a... Me pasé la Nochebuena sola en una iglesia llorando, porque era un sentimiento tan intenso de soledad//</p> <p>Y dije que que de ninguna manera me voy a sentir tan mal otra vez. De ningún modo//</p> <p>Estoy aislada de mis amigos y de mi familia a causa de este tío a quien quise... de este tío casado// Es simplemente un conflicto entre honestidad y deshonestidad// Simplemente me puso furiosa//</p> <p>Todos mis otros amigos me dieron todo tipo de apoyo moral, incluso apoyo económico para este horrible dilema en el que me encuentro ahora// El no hizo nada...// Ni me compró un regalo de Navidad, ni me envió una felicitación para el cumpleaños.</p>

& Mark, 1991). Las unidades de pensamiento que se consideran calificables se señalan con dos líneas. Cada unidad de pensamiento se evalúa según un CCRT hecho a medida a través de comentarios al margen izquierdo. Estos comentarios van seguidos entre paréntesis de puntuaciones mediante categorías estándar (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990).

Muestra

La muestra principal para este estudio fue de 33 pacientes del PENN Psychotherapy Project (Luborsky, Crits-Cristoph, Mintz & Averbach, 1988) que fueron tratados en una clínica para pacientes no internos. Esta muestra se componía de 8 hombres y 25 mujeres con una edad media de 24 años. Ninguno de los pacientes era psicótico y la mayoría presentaban diagnósticos DSM-III: Distimia (13 sujetos),

Trastorno de Ansiedad Generalizada (7 sujetos), Trastorno de Personalidad Histriónico (4 sujetos). Las narraciones se extrajeron de dos sesiones anteriores (sesiones 3 y 5) y de dos sesiones posteriores (cerca del 90% de la realización en la Figura 1).

Se añadieron unas cuantas observaciones y análisis procedentes de datos sacados de una muestra de Depresivos Graves (Luborsky, Barber, Crits-Cristoph & Cacciola, 1989) de 33 pacientes, todos ellos con un diagnóstico DSM-III-R de depresión grave. La muestra incluía 7 hombres y 26 mujeres con una edad media de 38 años.

OBSERVACIONES SOBRE CARACTERISTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS NARRACIONES

Las narrativas pueden identificarse con fiabilidad

Observaciones. Para considerarse una narración dentro de nuestra muestra debe obtener una puntuación entre 2.5 y 5 puntos en nuestra escala de saturación. Se incluyeron la mayoría (70%).

Los jueces coincidieron moderadamente a la hora de dar la puntuación, con una correlación interclase de .68 (<.001) para la pareja de jueces (Crits-Cristoph et al. 1988). También coincidieron moderadamente a la hora de señalar el principio y fin de los episodios (Bond, Hansell & Shevrin, 1987; Crits-Cristoph, Luborsky, Dohley et al. 1988). En cuanto a identificar el personaje más importante que interactúa con el narrador el acuerdo fue alto -para 80 episodios, en el 97% de los casos se había escogido a la misma persona-.

Significado. La unidad narrativa relacional, tal como se ha definido, se presenta de manera tan visible en las sesiones de psicoterapia, que se puede reconocer con fiabilidad. Las cualidades de la forma narrativa y el contenido pueden ayudar a hacer más fácil su localización en la sesión -las narraciones tienen un principio, medio y fin. De hecho, las palabras de un paciente al principio de un relato a menudo dejan explícita la intención de contar una narración. El prefacio de una narración tiene unas características convencionales estereotipadas, tales como una pausa larga, una transición a un nuevo tema, o proposiciones introductorias directas sobre el intento de contar un relato, por ejemplo, “Quería contarte algo que me sucedió”. Otro tipo de comentario de prefacio ocurre cuando el paciente quiere ilustrar su propia naturaleza o la de otra persona, por ejemplo, “Me preocupa cuando la gente me da órdenes, tales como, por ejemplo,...” Por eso, el prefacio a estas narraciones a menudo incluye las palabras “como” o “como por ejemplo”.

Nuestros datos sobre el grado de acuerdo de los jueces en identificar narraciones en psicoterapia son únicos. Ninguno de los otros investigadores en narrativa en otros campos, como Labov (1972) y Chapman (1980), han ofrecido datos sobre la fiabilidad de sus identificaciones. En nuestro campo una pequeña unidad en narraciones “marco”, ha sido identificada como fiable (Dahl, 1988).

Las narraciones son habituales en las sesiones psicoterapéuticas

Observaciones. En cada una de las dos primeras sesiones de la muestra de PENN había una media de 4.1 narraciones aceptablemente completas (con un margen de 7 narrativas por sesión). En la muestra Depresión Grave el número medio de narraciones estaba cerca del límite superior.

Significado. Se pueden dar varias explicaciones a la omnipresencia de tales narraciones en las sesiones de psicoterapia. (1) Las narraciones son un medio de proporcionar al terapeuta ejemplos de los problemas de relación del paciente. Muchas narraciones se introducen de maneras que implican esta función, por ejemplo, “Tengo un problema cuando me tratan injustamente. Me gustaría explicarte lo que me pasó...”. Los pacientes y la gente sienten probablemente en general que pueden comunicar mejor la naturaleza de un problema a través de un ejemplo concreto, a través de una narración, más que a través de una descripción abstracta del problema. (2) Los investigadores en psicología cognitiva han observado que los relatos tienen una gran importancia en las interrelaciones sociales. Dan la oportunidad de expresar, solucionar, e integrar experiencias personales (Labov & Waletzky, 1967; Quastoff & Nicolaus, 1982). (3) Algunas narrativas se pueden contar porque la cualidad de preocupación de los conflictos en el patrón central de relaciones las hace fáciles de recordar. (4) Se cuentan narraciones porque algunos terapeutas ocasionalmente piden ejemplos específicos sobre algo que el paciente está hablando. En resumen, la posible función de contar historias es que el paciente cree que las manifestaciones concretas llevarán al terapeuta a entenderla mejor. Esta esperanza se puede parafrasear en los siguientes términos: “Ahora ya sabes las interacciones por las que he pasado, cómo me han tratado y cómo las he tratado”.

Duración de las narraciones

Observaciones. Las narraciones de la muestra PENN fueron moderadamente largas. El número medio de líneas por cada narración en las primeras sesiones fue de 51.1 lo que es más o menos dos páginas escritas a doble espacio (alrededor de 4 a 6 minutos hablando). La variación era grande: de 7 a 207 líneas (basándose en una muestra de 18 pacientes).

Significado. Esta media de duración puede dar al terapeuta suficientes detalles para entender el hecho interpersonal del tema de la narración. Al mismo tiempo, la narración puede ser sólo de moderada duración porque el paciente también quiere dejar tiempo al terapeuta para revisar la narración. Agotar toda la sesión con la explicación de narraciones sería evitar obtener respuestas del terapeuta.

Narraciones sobre hechos recientes

Observaciones. Muchos de los hechos contados en las narraciones de la muestra PENN se han producido en las dos últimas semanas o incluso más recientemente.

Significado. Los hechos recientes pueden tener interés especial para el paciente, y por eso aparecen más a menudo entre las narraciones. Estas narraciones comparten su preferencia por el efecto de recencia con el contenido manifiesto de los sueños. Los sueños parece que tienen esta afinidad con los hechos recientes, que es lo que llevó a Freud (1900/53) a su observación sobre los “residuos diurnos”, un término que se refiere a los contenidos del sueño que se derivan del día anterior.

Nuestro descubrimiento sobre la especial preferencia por hechos recientes en las narraciones contadas en psicoterapia dinámica es claramente contrario a la concepción generalmente equivocada sobre la terapia dinámica: que el interés del terapeuta en interpretaciones genéticas focaliza el paciente en hechos de su muy temprana edad. Una focalización exclusiva en los hechos sucedidos a temprana edad no sucede normalmente, a pesar de que algunos pacientes esperan que pase.

Se favorecen las relaciones íntimas

Observaciones. Las narraciones contadas durante la psicoterapia en la muestra PENN eran sobre gente diversa. Las categorías de gente distinta incluyeron al terapeuta, la familia, y otras relaciones cercanas, amigos de ambos sexos, figuras de autoridad, colegas, y otros. Entre éstos había una frecuencia moderadamente mayor de relaciones íntimas, tal como se muestra en la Tabla 1.

Persona	Pacientes N=33	REs (N=323)
	%	%
Terapeuta	76	16
Familia (parientes)	85	27
Otras relaciones íntimas (esposo, etc.)	73	29
- Hombres	56*	13**
- Mujeres	79*	35**
Amigos (mismo sexo)	30	8
Amigos (sexo opuesto)	15	2
Amigos en general	15	2
Figuras de autoridad	45	7
Compañeros trabajo	15	2
La gente en general	21	3
Miscelanea		4

* El número de pacientes era de 9 y 24 respectivamente
 ** El número de REs era 89 y 234 respectivamente

Veinticinco de los 33 pacientes (76%) hablaron en sus narraciones sobre el terapeuta como la persona más importante en al menos uno de cada 10 relatos. Una media de dos narraciones de cada 10 que fueron seleccionadas de las dos primeras sesiones fueron sobre el terapeuta.

El ochenta y cinco por ciento de los 33 pacientes hablaron sobre un miembro de la familia como del otro personaje importante. Una media de tres narraciones de cada 10 eran sobre interacciones con miembros familiares. A pesar de que un gran número de hombres y mujeres hablaron de relaciones íntimas, fueron las mujeres las que hablaron más de ello -79% de las mujeres contaron historias sobre relaciones íntimas y solo un 56% de los hombres lo hicieron.

Significado. Los pacientes tienden a contar relatos durante la psicoterapia sobre la gente con la que están más relacionados, y con la que tienen problemas de relación. Desde que la psicoterapia ofrece la posibilidad de hablar y reflejar tales problemas interpersonales, no resulta sorprendente detectar un énfasis en las relaciones más cercanas en nuestras narraciones.

OBSERVACIONES SOBRE CUALIDADES DE RELACION DE LAS NARRACIONES

Son frecuentes en los relatos los deseos, respuestas sobre otros y uno mismo

Observaciones. Las narraciones de los 33 pacientes de la muestra PENN en sesiones de psicoterapia fueron calificadas según el CCRT por dos jueces independientes (Luborsky, Barber, Schaffer, & Cacciola, 1990). Se contaron los números de deseos (abreviación para “deseos, necesidades e intenciones W), respuestas de otros (RO), y respuestas de uno mismo (RS), los tres componentes del CCRT. Su frecuencia en las narraciones en términos de categoría estándar (Barber, Crits-Cristoph & Luborsky, 1990) fue: el número medio de diferentes deseos en cada narración era de tres; el número de respuestas sobre otros era cuatro; y el número de respuestas sobre uno mismo era de cuatro.

Significado. La frecuencia de estos componentes en narraciones señala lo apropiado que es incluir estos componentes en el Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas CCRT. La medida del CCRT se construyó para captar el patrón de relaciones central del paciente. La misma intención era inherente a la formulación de la transferencia de Freud, que incluía también un deseo de otra persona y una variedad de respuestas a tal deseo. Como ejemplo, en Freud (1895/1955), una formulación de transferencia del paciente se da así: La paciente desea que un hombre la besara; entonces su respuesta es de vergüenza y culpabilidad (muchos otros paralelismos entre las observaciones de Freud que le condujeron al concepto de transferencia y el correspondiente dato del Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas se examinan en Luborsky, 1990b).

EN LAS NARRACIONES PREDOMINAN CIERTOS TIPOS DE DESEOS Y RESPUESTAS

Observaciones. En la muestra PENN (Luborsky et al., 1990) los deseos más comúnmente expresados en las narraciones fueron los de “sentirse próximos y

aceptados” (en 13 de los 33 pacientes), “ser amado y entendido” (12), y “afirmarse y ser independiente” (11). Los dos primeros, el “deseo de sentirse próximo” y “ser amado”, tienen mucho en común.

Las respuestas más comunes sobre otros fueron “rechazo y oposición” (14), y “control” (12). Las respuestas más frecuentes de uno mismo fueron “decepcionado y deprimido” (15), “no receptivo” (14), y “desamparado” (12).

Significado. Las dos amplias categorías conflictivas de deseos que son más evidentes son los deseos de estar cerca de alguien y ser amado, en oposición a los deseos de ser independiente y autónomo. Otros estudios aportan pruebas que señalan esta dimensión como profundamente básica (Luborsky et al., 1990).

Las respuestas de uno mismo en muchas narraciones son un producto de las respuestas negativas sobre otros a los deseos de los pacientes. Parece significativo que la invalidación y depresión se encuentran muy a menudo -la invalidación se considera como un antecedente al desarrollo de síntomas; la depresión puede muy bien ser uno de estos síntomas.

LA MAYORÍA DE LAS RESPUESTAS SOBRE OTROS Y UNO MISMO EN PSICOTERAPIA ACOSTUMBRAN A SER NEGATIVAS

Observaciones. Nuestra medida operacional de una respuesta negativa (Luborsky, 1990a) se define desde el punto de vista del paciente: interferencia o expectativa de interferencia con la satisfacción de deseos. Una respuesta positiva se define desde el punto de vista del paciente como no interferencia o expectativa de no interferencia con la satisfacción de los deseos. El modelo para definir estas cualidades positivas y negativas fue la asignación de cualidades “positivas” o “negativas” a las formulaciones de transformaciones de Freud (1912/1958). La calificación basada en nuestra definición era altamente fiable (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990) para las respuestas sobre otros y uno mismo (en el 95% de los casos los dos jueces coincidieron).

Aquí necesitamos explicar que los deseos no fueron calificados por su cualidad positiva o negativa, porque en ellos mismos no tienden a ser negativos ni positivos. Es su asociación con las respuestas que les da una cualidad negativa o positiva. “Quería que ella me diese cariño”, por ejemplo, no es ni positiva ni negativa. “Quería que ella me diera cariño, pero no mostraba interés” es claramente negativa.

Nuestra principal observación en la muestra PENN fue: las narraciones reflejan muchas más respuestas negativas de los otros (77%) y de uno mismo (84%), que positivas sobre otros (14%) y de uno mismo (11%). Casi el mismo alto nivel de respuestas negativas se encontró en la muestra de Depresión Grave: 71% respuestas negativas sobre otros y 72% provenientes de uno mismo.

Un factor que contribuye a esta alta negatividad pudiera muy bien ser que los pacientes acuden a psicoterapia para trabajar las relaciones problemáticas, por eso sus narraciones utilizan respuestas negativas como una manera de ilustrar sus

problemas e intentar solucionarlos. Una comparación potencialmente ilustrativa la constituyó una muestra de pacientes clínicos no internos (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990) a la que se les pidió contar narraciones a un asesor que no era terapeuta. Este formato especial de entrevista, la entrevista de Paradigmas de Anécdotas de Relaciones (Relationship Anecdotes Paradigms, RAP) (Luborsky, 1990d), se aplicó a 24 pacientes (basado en parte de la muestra descrita en Crits-Cristoph & Luborsky, 1990b). Tenían, naturalmente, libertad para contar narraciones positivas o negativas. Pero también contaron en gran parte narraciones negativas. Cuando estas narraciones fueron calificadas según su emoción positiva o negativa los porcentajes que salieron fueron parecidos a los de las sesiones terapéuticas: 73% narraciones negativas, 19% positivas.

Significado. La preponderancia de respuestas negativas sobre los otros o uno mismo en psicoterapia es un fenómeno que necesita explicación. No es fácil entender por qué existe una tendencia tan fuerte a contar hechos negativos. La explicación no se encontrará en nada de lo que el paciente es explícitamente instruido a hacer; al paciente no se le obliga a contar cosas positivas o negativas en las narraciones.

Estos resultados de las tres muestras sugieren otro factor: las interacciones negativas se recuerdan más y por eso siempre están a punto de ser contadas, más que las positivas; tratan de conflictos en las relaciones que son más difíciles de dominar. El recordar y contar se hace probablemente para tratar de dominar las relaciones conflictivas (Loevinger, 1976; White, 1952). En investigación adicional se ha comparado la proporción de negatividad de grupos de pacientes con grupos normales y aquellos que cuentan relatos mientras no están en psicoterapia (Cierpka et al. 1992; Dahlbender, 1992).

Otra observación valiosa es que las relaciones sobre el terapeuta son menos negativas que las narraciones sobre otra gente. (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990). Hay dos explicaciones alternativas: la relación con un terapeuta puede en realidad ser menos negativa que con otras personas, o, como supuso Freud (1912/1958), es más difícil decir algo negativo a una persona que está presente que a una que no lo está. Probablemente ambas explicaciones se pueden aplicar.

LA SATURACION DE CCRT EN LAS NARRACIONES INICIALES RESPECTO A LAS FINALES EN TERAPIA MUESTRA TANTO CONSISTENCIA COMO CAMBIO.

Observaciones. La saturación del Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas se refiere al número de narraciones relacionales en que aparece un componente del Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas (Crits-Cristoph & Luborsky, 1990a). Una reducción en el grado de saturación significaría que el componente aparece en menos episodios. La capacidad de saturación muestra consistencia y algunos cambios desde los inicios al momento presente. En la muestra PENN los

deseos permanecen más consistentemente saturados (66% inicial; 61% final), mientras que las respuestas cambian más (las respuestas negativas sobre otros decrecen del 41 al 29%, con reducciones similares en las respuestas de uno mismo). Las respuestas positivas incrementan un poquito del principio al fin.

Significado. La consistencia en el tiempo de saturación de deseos en las narraciones significa que forman un componente relativamente estable: la gente persiste en sus deseos principales incluso hasta después de haber mejorado en psicoterapia. El cambio que ocurre es más evidente en sus respuestas que en sus deseos. Desde otra perspectiva parte de la psicoterapia puede ser vista como una reparación de las interacciones con el terapeuta y con otros (Howard, 1991).

Estos descubrimientos tienen implicaciones para la teoría del cambio en psicoterapia. Una de ellas es que la mejora en psicoterapia no significa que los patrones de relaciones expresados en las narraciones en sesiones posteriores muestren una desaparición de los conflictos iniciales de relación.

LOS CAMBIOS EN LA SATURACION DEL CCRT EN LAS NARRACIONES DURANTE LA TERAPIA SE ASOCIAN CON SU RESULTADO.

Observaciones. Se observaron cambios en la capacidad de saturación de cada componente del Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas en la muestra PENN Luborsky & Crits-Cristoph, 1990a). Primero, la capacidad de saturación en tratamientos finales fue corregida por el nivel inicial. Luego las calificaciones corregidas fueron correlacionadas con calificaciones de postratamiento Symptom Checklist, fragmentando los efectos de las calificaciones de pretratamiento de Symptom Checklist y la capacidad de saturación en el tratamiento inicial. El mismo análisis se desarrolló con el *Health Sickness Rating Scale* (HSRS, Luborsky, 1975) como un resultado de medida.

De los cinco cambios en las medidas del CCRT tres mostraron correlaciones parciales significativas con cambios en la Symptom Checklist y los otros dos fueron casi significantes, todos en la dirección esperada. Por ejemplo, cambios en saturación del deseo correlacionado (.41, $p < .05$) con cambio en la *Symptom Checklist*. Cambios en saturación de las respuestas negativas y positivas de uno mismo se produjeron en la dirección esperada en relación a la *Symptom Checklist* (.40, $p < .05$).

Referente a los cambios en la *Health Sickness Rating Scale* [HSRS] sólo el cambio en la capacidad de saturación de la respuesta negativa sobre uno mismo fue insignificante (-.53, $p < .01$). Los resultados implican que estos componentes del Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas cambian en la dirección esperada con cambios en síntomas y cambios en salud psicológica.

Significado. La reducción en saturación de las relaciones conflictivas en las narraciones puede verse en teoría como un factor curativo crucial: estos cambios en saturación están asociados significativamente con los beneficios que el paciente consigue en psicoterapia. De hecho, una gran focalización de las interpretaciones

del terapeuta en el Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas fue asociada con una gran obtención de resultados por parte del paciente (Crits-Cristoph, Cooper & Luborsky, 1988).

Las observaciones sobre cambios en CCRT de saturación en narraciones lleva a dos categorías de cambio en psicoterapia dinámica: una teoría mantiene que los patrones de transferencia se resuelven y no se evidencian más (por ejemplo, Davanloo, 1978; Ekstein, 1956), mientras que otra sostiene que la transferencia de los patrones y los conflictos permanece evidente incluso después de una exitosa psicoterapia (Pfeffer, 1963; Schlessinger & Robbins, 1975). El segundo punto de vista del cambio terapéutico encaja más con nuestros resultados, que enfatizan la estabilidad del patrón central de relaciones. El patrón conflictivo es todavía evidente en las narraciones, a pesar de haber disminuido su grado de saturación al final del tratamiento. Esta reducción en la capacidad de tratamiento se asocia a los beneficios que el paciente obtiene del tratamiento. Hasta aquí somos conscientes de que estos resultados son la primera prueba para esta asociación propuesta teóricamente.

LOS CCRTs DE NARRACIONES SOBRE EL TERAPEUTA SON SIMILARES A LOS CCRTs DE NARRACIONES SOBRE OTROS.

Observaciones. En un primer estudio de este tipo (Fried, Crits-Cristoph & Luborsky, in press) las narraciones sobre el terapeuta en la muestra PENN fueron comparadas con CCRTs de otras personas y se encontraron muchas semejanzas. Los pares correctamente emparejados fueron significativamente más similares que los que no estaban bien emparejados. Además, cuando había tres o más narraciones terapéuticas esta similitud era incluso más grande.

Significado. Este paralelismo entre sentimientos y comportamientos dirigidos al terapeuta versus hacia otra gente fue el hecho que desencadenó el descubrimiento de Freud del concepto de transferencia. Nuestro estudio basado en narraciones es la primera confirmación clínica cuantitativa sistemática de la existencia de este paralelismo básico. El descubrimiento implica que el Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas es parte de un patrón general. Incluye no sólo la relación con otros sino también la relación con el terapeuta.

NARRACIONES Y SUEÑOS PRESENTAN LOS MISMOS TEMAS DE RELACIONES NUCLEARES CONFLICTIVAS

Observaciones. El CCRT es un patrón general. Hemos empezado a examinar si este patrón podría ser tan general que incluso apareciera en otros modos de expresión, tales como sueños, porque los sueños son normalmente narraciones sobre experiencias de relaciones internas. Un estudio de Popp, Luborsky, & Crits-Cristoph (1990) compara CCRTs derivados de narraciones en un sueño y narraciones en estado de vigilia. Hasta aquí estos análisis de la muestra de PENN se han hecho para sesiones de tres psicoanalistas y en cada una de estas se ha encontrado

un paralelismo entre los CCRTs derivados independientemente de las narrativas y de los sueños.

Significado. El Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas parece ser un patrón general para lo que se expresa en estado mentales muy diferentes: aparece en narraciones contadas cuando estamos despiertos y en nuestros sueños. Esta generalidad de expresión es consistente con la hipótesis de Freud (1900/1953) según la cual los residuos del día de los pensamientos en estado de vigilia se evocan en los pensamientos en sueños y, por eso se encuentran paralelismos entre el contenido de los hechos de cada día y los sueños durante la noche. Los paralelismos sólo significan que hay una réplica significativa en los aspectos del Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas, no que los modelos sean completamente el mismo. Estos resultados sostienen hasta aquí la postura de que no es sólo el sueño el que presenta un camino hacia la comprensión de la personalidad consciente e inconsciente del paciente, sino que las narraciones también ofrecen tal posibilidad.

LOS TEMAS DE LAS RELACIONES NUCLEARES CONFLICTIVAS CCRTs DE NARRACIONES CONTADAS EN TERAPIA SON COMO LOS DE LA ENTREVISTA EXTERIOR RAP

Observaciones. Nos llama la atención el grado de similitud entre las narraciones contadas en terapia y las contadas fuera de ella. Para evaluar esta comparación una entrevista RAP fue orientada a recoger narraciones *antes* de que los pacientes empezaran psicoterapia (en la muestra PENN de Depresión Grave). La comparación de los CCRTs en 17 casos de entrevistas RAP de sesiones terapéuticas (ambas calificadas por dos jueces), indicó que cada par de jueces coincidieron en la categorías estándar agrupadas en un 77% de los casos de deseos, en un 100% de los casos de ROs (respuestas de otros), y en un 77% de los casos de RSs (respuestas de uno mismo). Las kaptas ponderadas eran de .52, 1. y .40 respectivamente. Por eso, se encontró una fiabilidad moderada en los deseos y respuestas del self derivadas de sesiones terapéuticas versus entrevistas RAP.

Con respecto a las respuestas sobre los otros dos métodos mostraron excelente fiabilidad (Luborsky, 1990a).

La frecuencia de respuestas negativas fue similar en ambas narraciones: 65% para ROs y 67% para RSs. La correlación entre RSs en una entrevista RAP, y Rss en sesiones de psicoterapia fue de .53 ($p < .05$) (con la exclusión de un mentiroso altamente desviado)

Significado. Las narraciones tienen contenido CCRT similar a pesar de los diferentes modos en que se puedan obtener. El Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas es por tanto, un patrón general que aparece sea cual sea el tipo de narración obtenida. Esta forma de similitud no es tan dramática como la que hay entre los sueños y las narraciones en estado de vigilia, pero puede tener una base parecida.

TENDENCIAS ACTUALES Y PROYECTOS FUTUROS

La decisión de escoger narraciones sobre relaciones como unidad de datos básica en las sesiones de psicoterapia fue fortuita como medida relacionada con la transferencia, el Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas (Luborsky, 1976, 1977). Habiendo usado las narraciones de relación como unidad, hemos aprendido mucho sobre su naturaleza. Hemos encontrado dos nuevos tipos de observaciones: (a) las que un observador naturalista vería -las características externas de las narraciones de relación; y (b) las que un observador psicológico podría inferir- las características más internas del patrón de relaciones de las narraciones.

Algunas características externas prominentes de las narraciones fueron:

a) las narraciones de relaciones se podían identificar con fiabilidad en las sesiones terapéuticas;

b) los pacientes contaron una media de 4 a 7 tipos de estas narraciones en cada sesión psicoterapéutica y cada narración duró de 4 a 6 minutos;

c) hablaban más sobre hechos recientes; y

d) normalmente fueron sobre interacciones con personas con las que los pacientes mantenían relaciones muy próximas.

Muchas características de relaciones internas fueron descubiertas con la ayuda del método CCRT. El análisis de estas narraciones ha dado una gran variedad de diversas observaciones parecidas. Incluso, cuando las miramos todas juntas, se pueden distinguir conjuntos de orden superior.

Una que se aplica al menos a cinco de cada ocho observaciones es la siguiente: *en estas narraciones se incorpora un patrón o esquema general de relaciones con estructura o propiedades características*. Estas observaciones y sus significados en términos de subconjunto son:

a) Las narraciones presentan componentes de relación que saturan la narración -significando que su capacidad de saturación implica la operación de un patrón general de relaciones;

b) estos componentes tiene una cualidad duradera -significando que pueden ser parte de un patrón general:

c) el patrón expresado en las CCRT aparece de forma similar en sueños y en narraciones -el patrón es general en los estados mentales;

d) el patrón CCRT aparece tanto en las narraciones contadas fuera de la psicoterapia como en las contadas durante ella -el patrón que parece ser general no depende de las condiciones bajo las que se recogen las narraciones; y

e) hay un paralelismo en el CCRT entre las narraciones sobre el terapeuta y las narraciones sobre la otra gente -el patrón derivado de las narraciones es general en diferentes tipos de relaciones.

En conclusión, a través de este aparentemente variado espectro de observaciones específicas en las narraciones, podemos ver la actuación de un patrón o esquema general de relaciones. Esta observación de orden superior parece ser la misma que

la ofrecida por Freud (1912/58) a saber que el “cliché” de transferencia, tal como lo llamó, refleja un patrón general de relación que se hace evidente en psicoterapia.

Un segundo conjunto de orden superior emerge de las observaciones específicas tomadas conjuntamente, pero se basa en un subconjunto más pequeño de ellas. *Los factores curativos en psicoterapia están íntimamente relacionados con el contenido de las narraciones de relación.* Las pruebas para esta conclusión se encuentran en la siguientes observaciones:

a) los cambios en la capacidad de saturación en los componentes CCRT de las narraciones en el curso de una psicoterapia exitosa;

b) los cambios en las narraciones desde un competente negativo del CCRT a otro positivo que ocurrieron en el curso de una psicoterapia exitosa (Crits-Cristoph y Luborsky, 1990a); y

c) cambios en la capacidad de saturación que tienden a estar asociados con medidas estándar de mejoramiento en psicoterapia, tales como cambios en el HSRS (Luborsky 1975).

Además, Crits-Cristoph, Cooper y Luborsky (1988) han demostrado que cuanto más se centran las interpretaciones en el CCRT de las narraciones, tanto más los pacientes pueden sacar provecho de la psicoterapia.

Muchas de estas características de estas narraciones han estado presentes en nuestras sesiones terapéuticas y las hemos observado y utilizado implícitamente. Las observaciones que hemos hecho sobre las narraciones han ejercido de unidades para el estudio empírico de la psicoterapia y de aplicaciones clínicas significativas (Luborsky, 1990, Russell, en prensa).

Muchas nuevas ideas para nuevos estudios se han originado a partir de estas observaciones. Una muestra de ideas, además de las indicadas en Luborsky y Crits-Cristoph (1990), son:

a) el número de relatos que el paciente cuenta puede ser especialmente significativo cuando es menor de cuatro en una sesión. Una carencia en el tipo de narraciones puede reflejar muy probablemente una resistencia que puede dificultar el desarrollo de su tratamiento exitoso.

b) deben examinarse grupos de pacientes con varios diagnósticos y grupos de no-pacientes para ver el grado en que estas mismas observaciones aparecen en cada grupo.

c) se deberían examinar otros puntos a lo largo del curso de la psicoterapia por que muchas de las observaciones presentes se basan sólo en narraciones de fases tempranas y finales en terapia.

d) la generalidad de la inclinación a dar respuestas negativas debería investigarse, por ejemplo, comparando estilos narrativos pesimistas (Seligman et al. 1988);

e) las características examinadas de la narrativa han incluido hasta ahora su contenido. Los aspectos formales deberían investigarse igualmente, tales como la organización de la narración y la cualidad de la *experiencia* del narrador del relato

(Klein, Mathieu, Gendlin y Kiesler, 1969) -esto es la experimentación del afecto y conciencia de la vivencia-, la claridad e imaginación de la narrativa (Bucci, en prensa), las cualidades de la diferenciación entre el self y los otros en las narraciones, para continuar el estudio de Hartley (en prensa); y

f) la comparación de narraciones sobre interacciones con otras personas con la pautas reales de comportamiento interactivo (Luborsky, 1990a).

Hemos identificado tales pautas de las mismas sesiones, pero se necesitaría refinar un poco más nuestros criterios; se debería comparar entre las *interacciones reales* con otras personas y las *narraciones sobre sus interacciones*. Este tipo de investigación será una nueva exploración empírica del “fenómeno de precipitación” en el cual las narraciones sobre hechos son significativamente diferentes para cada persona que vive los mismos hechos.

De nuestras observaciones se ha extraído una nueva definición de las narrativas relacionales en psicoterapia en una revisión sobre su significado para el proceso terapéutico. Entre las observaciones descriptivas externas más significativas se encuentran su identificabilidad, su frecuencia y su focalización en acontecimientos recientes de las relaciones íntimas. Las observaciones internas provienen del método CCRT (Tema de las Relaciones Nucleares Conflictivas), incluyendo una alta frecuencia de deseos de intimidad así como de independencia, una alta frecuencia de expectativas negativas respecto a las respuestas de los demás y de sí mismo, una alta saturación de deseos iniciales y finales en la terapia y un aumento en las respuestas positivas de los demás y de sí mismo de los pacientes que mejoran en psicoterapia.

Traducción: Ariadna Villegas Torres

Nota editorial:

Este artículo apareció en *Psychotherapy Research* 2 (4) 277-290, 1992 con el título “The Meanings of Narratives Told During Psychotherapy: The Fruits of a New Observational Unit”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

BARBER, J., CRITS-CRISTOPH, P. & LUBORSKY, L. (1990). A guide to Ccrt standard categories and their classification. In L. Luborsky & P. Crits-Cristof (Eds.), *Understanding transference. The CCRT method*. New York: Basic.

- BLACK, J.B. & BOWER, G.H. (1979). Episodes as chunks in narrative memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 18, 187-197.
- BOND, J., HANSELL, J. & SHEVRIN, H. (1987). Locating a reference paradigm in psychotherapy transcripts: Reliability of relationship episode location in the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method. *Psychotherapy*, 24, 736-749.
- BUCCI, W. (in press). Linking emotions and words: Development of computer-assisted scoring. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J. Docherty (Eds.), *Handbook of dynamic psychotherapy research*. New York: Basic.
- CHAPMAN, S. (1980). *Story and discourse*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- CIERPKA, M., ZANDER, B., KRANNICH, S., REICH, G., RATZKE, K., HOMBURG, H., STAATS, H. & SEIDE, L. (1992). *Differences in conflictual relationship themes of male and female students*. Paper at the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- CRITS-CRISTOPH, P., COOPER, A. & LUBORSKY, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.
- CRITS-CRISTOPH, P. & LUBORSKY, L. (1990a). Changes in Ccrt pervasiveness during psychotherapy. In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- CRITS-CRISTOPH, P. & LUBORSKY, L. (1990b). The perspective of patients versus clinicians in the assesment of relationship themes. In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- CRITS-CRISTOPH, P., LUBORSKY, L., DAHL, L., POPP, C., MELLON, J. & MARK, D. (1988). Clinicians can agree in assessing relationships patterns in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme method. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1001-1004.
- DAHL, H. (1988). Frames of mind. In H. Dahl, H. Kachele & H. Thomae (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 51-66). New York: Springer-Verlag.
- DAVANLOO, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum.
- DERRIDA, J. (1977). *Of grammatology*. Baltimor, MD: Johns Hopkins University Press.
- DAHLBENDER, R. (1982). *Intra- and intersubjectivity in RAP interviews of young women*. Paper at the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- DIJK, T.A. VAN (1980). Story comprehension: An introduction. *Poetics*, 9, 1-21.
- EKSTEIN, R. (1956). Psychoanalytic techniques. In D. Brower & L.E. Abt (Eds.), *Progress in clinical psychology* (vol. 2, pp. 79-99.). New York: Grune & Stratton.
- FREUD, S. (1995). Psychotherapy of hysteria. In J. Strachey (Ed. and Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 2, pp. 255-305). London: Hogarth. (Original work published 1885).
- FREUD, S. (1953). The interpretation of dreams. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vols. 4 and 5). London: Hogarth. (Original work published 1900).
- FREUD, S. (1958). The dynamics of the transference. In J. Strachey (ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, pp.99-108). London: Hogarth. (Original work published 1912).
- FRIED, D., CRITS-CHRISTOPH, P., & LUBORSKY, L. (1990) The parallel of narratives about the therapist with the CCRT for other people. In L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- FRIED, D., CRITS-CHRISTOPH, P., & LUBORSKY, L. (in press.) The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*.
- GENETTE, G. (1988). *Narrative discourse revisited*. (Trans. Jane E. Levin). Ithaca, ny: Cornell University Press.
- GREIMAS, A. J. (1990). *Narrative semiotics and cognitive discourse* (Trans. Paul Perron & Frank h. Collins). London: Pinter.
- HARTLEY, D. (in press). Assessing intrapsychic developmental level. In N. Miller, L. Luborsky, j. Barber, & J. Docherty (Eds.), *Handbook of dynamic psychotherapy research and practice: A how-to-do-them guide*. New York: Basic.
- HOWARD, G. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross cultural psychology and psychotherapy. *American psychologist*, 46, 187-197.
- KLEIN, M. H., MATHIEU, P., GENDLIN, E., & KIESLER, D. (1969). *The Experiencing Scale: A research and training manual* (Vol. 1). Madison: University of Wisconsin Extension Bureau of Audiovisual Instruction.
- LABOV, W. (1972). *Language in the inner city*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- LABOV, W., & WALETSKY, J. (1967). Narrative analysis: Oral versions of personal experiences. In J. Helm (Ed.), *Essays on the verbal and visual arts*. (pp. 12-44). Seattle: University of Washington Press.
- LOEVINGER, J. (1976). *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LUBORSKY, L. (1975). Clinicians' judgements of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35, 448-480.
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The ground work for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Bruner/Mazel.
- LUBORSKY, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy. The core conflictual relationship theme. In N. Freedman and S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). New York: Plenum.
- LUBORSKY, L. (1990a). A guide to the CCRT method. In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph, *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- LUBORSKY, L. (1990b). The convergence of Freud's observations about transference with CCRT evidence. In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- LUBORSKY, L. (1990c). The Relationship Anecdotes Paradigms (RAP) interview as a versatile source of narratives about real events. In L. Luborsky & P. Crits-cristoph (Eds.) *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- LUBORSKY, L. (1990d). Theory and technique in dynamic psychotherapy: Curative factors and training therapists to maximize them. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 53, 50-57.
- LUBORSKY, L., BARBER, J., CRITS-CRISTOPH, P., & CACCIOLA, J. (1989). Factors influencing the outcome of dynamic psychotherapy for DSM-III Major depression. Unpublished manuscript. Department of psychiatry, University of Pennsylvania.
- LUBORSKY, L., BARBER, J., SCHAFFLER, P., & CACCIOLA, J. (1990). The narratives told during psychotherapy and the different types of CCRTs within them. In L. Luborsky & P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P. (Eds.). (1990) *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P., MINTZ, J., AUERBACH, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: basic.
- LUBORSKY, L., & MARK, D. (1991). Short-term supportive-expressive psychoanalytic psychotherapy. In P. Crits-Cristoph & J. Barber (Eds.), *Short-term dynamic psychotherapies*. New York: Basic Books
- MANDLER, J. M., & GOODMAN, M. S. (1982). On the psychological validity of story structure. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 21, 507-523.
- MARTIN, W. (1986). *Recent theories of narrative*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- PFEFFER, A. (1963). The meaning of the analyst after analyses: A contribution to the theory of therapeutic results. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 229-244.
- POPP, C., LUBORSKY, L., & CRITS-CRISTOPH, P. (1990). The parallel of the CCRT based on waking narratives with the CCRT based on dreams. In L. luborsky & P.. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT Method*. new York: Basic.
- QUASTOFF, U. M., & NICOLAUS, K. (1982). What makes a good story? Toward the production of conversational narratives. In A. Flammer & W. Kintsch (Eds.), *Discourse processing* (pp. 16-28). Amsterdam: North-Holland.
- RUSSELL, R. (1991). Narrative, cognitive representation, and change. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 5, 239-240.
- SCHAFFER, R. (1983). *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- SCHAFFER, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic.
- SCHLESSINGER, N., & ROBBINS, F. (1975). The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflict and changes in ego. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 761-782.
- SELIGMAN, M., CASTELLON, C., CACCIOLA, J., SCHULMAN, P., LUBORSKY, L., OLLOVE, M., & DOWNING, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 13-18.
- SPENCE, D. (1982). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton.
- STEIN, N. L. (1982). The definition of a story. *Journal of pragmatics*, 6, 487-507.
- VITZ, P. (1990). The uses of stories in moral development: New psychological reasons for an old education method. *American psychologist*, 45, 709-720.
- WHITE, R. (1952). *Lives in progress*. New York: Dryden.

QUÉ ES Y DONDE ESTÁ LA TERAPIA INTERPERSONAL

Josep Solé Puig

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Barcelona
Subdirector de la Sección de Toxicomanías, Cruz Roja, Barcelona.

An overview of the state of the art in interpersonal therapy (IPT) is given, probably the first in Spanish. IPT is a short-term psychotherapy designed to deal with the patients' psychosocial and interpersonal context. IPT is not psychoanalysis, nor behavior therapy, nor cognitive therapy. It can use some of their concepts to achieve the goals chosen. Since IPT is supposed to be standardized, efficient, and economical, is likely to gain increasing importance in Europe. IPT is easy to be learned by experienced therapists, regardless of their orientation. The use of IPT as well as the theoretical and empirical background are described. In addition, the training program in IPT and a comparison with other psychotherapies are given. Finally, efficacy studies and derivative forms of IPT are described.

INTRODUCCION

La TIP (siglas de Terapia Inter-Personal) es una psicoterapia breve centrada en los problemas psicosociales, interpersonales, del enfermo mental. No es psicoanálisis, ni conductismo, ni cognitivismo. Pero puede servirse de algunos de sus conceptos en la medida que contribuyan a acrecentar las habilidades interpersonales del enfermo y su dominio sobre el contexto psicosocial. Originalmente fue pensada para la depresión, pero se está aplicando también a otros trastornos.

En EE.UU. esta escuela terapéutica ha ido adquiriendo importancia, hasta el punto que la investigación evaluativa en psicoterapia se está centrando en la terapia cognitivo-conductual y en la TIP. Relativamente desconocida en Europa, empieza ya a hablarse de la TIP en ambientes clínico-universitarios, entre ellos los españoles. La TIP pretende ser una psicoterapia estandarizada, evaluable y económica, siendo fácilmente asimilable por un psiquiatra o un psicólogo clínico. En este trabajo describiremos la manera de llevarla a cabo, sus bases teóricas, y los estudios empíricos. Expondremos también el itinerario curricular, la delimitación frente a otras psicoterapias, la evaluación de su efectividad y las variantes de la TIP

recientemente aplicadas a otros problemas que la depresión: consumo de psicotropos, bulimia nerviosa, conflictos de pareja, trastorno bipolar, psicogeriatría; también se han creado dos modos de aplicación, el asesoramiento interpersonal a realizar por staff paramédico, y la TIP de mantenimiento. Tanto para la primera TIP sobre depresión, como para las versiones mencionadas, más recientes, existen los correspondientes manuales o libros de instrucciones, por supuesto en inglés.

Suele decirse que entre las psicoterapias no hay diferencias en cuanto a resultados. Esto pudo inferirse de revisiones de hace quince o veinte años (Luborsky et al, 1975; Smith et al, 1980). Con el reciente desarrollo de estudios sobre evaluación, parece que sí se observan diferencias. Así, el psicoanálisis resultaría demasiado largo y poco económico, mientras que la terapia conductista sería ventajosa sólo para un corto número de trastornos psiquiátricos. Parece que dos son las psicoterapias que atraen a la investigación actual: la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal (TIP). Luego veremos cómo el National Institute on Mental Health americano ha comparado la eficacia de ambas.

La terapia conductista inauguró la formalización de la psicoterapia. Su estricta ideología científico-natural la habría confinado a aplicaciones psiquiátricas que no son numerosas; la común sintomatología ansioso-depresiva parece no haber salido especialmente beneficiada. Precisamente, la terapia cognitivo-conductual debe gran parte de su éxito a que el cognitivismo ha abierto el rigor del laboratorio al campo de la clínica. También sabemos que, en la medida que Freud quizá fuera el primer cognitivista, la estandarización ha cundido entre psicoanalistas, cada vez más preocupados por las terapias breves.

En EE.UU, la TIP ha ido desarrollándose a lo largo de los últimos treinta años, con la eficiencia de la psicoterapia como meta. Para alcanzarla, la herramienta es una estandarización en:

- la aplicación, con un manual conciso;
- la formación, con un itinerario curricular concreto;
- la evaluación, según criterios operativos;
- la ideología subyacente, definible como multicultural.

Es tiempo de hacer una presentación en profundidad de la TIP, saber lo que es y a dónde ha llegado. La razón está en que es probable que la escuela interpersonalista vaya a tener un creciente protagonismo en la psicoterapia practicada en Europa.

EVALUAR PARA COMPARAR

Para la ciencia, las comparaciones no son odiosas, sino vitales. La razón última de la evaluación de tratamientos es compararlos para indicar el que nos parezca mejor. Esto comenzaría a ser posible entre psicoterapias estandarizadas breves. Lo que cuestionarios, escalas e inventarios nos han permitido alcanzar en investigación diagnóstica y farmacoterapéutica, podría también lograrse en psicoterapia, a condición de que los tratamientos psicológicos a comparar gozaran de estandarización

apropiada.

La TIP pretende ser económica por eficaz en un tiempo dado, o sea eficiente. Viene a ser la psicoterapia de apoyo que hace un psiquiatra medio, sólo que previamente estructurada en sus contenidos y su ritmo de aplicación.

El estudio de referencia donde no sólo se comparan fármacos, sino también psicoterapias, es el Treatment of Depression Collaborative Research Program del National Institute of Mental Health estadounidense (Sotsky et al, 1991). Esta investigación se hizo con más de 200 pacientes depresivos; los tratamientos a comparar se administraron durante 4 meses. El nivel de los terapeutas fue alto y homogéneo, puesto que para entrar en el programa pasaron por un exigente periodo de adiestramiento.

Más que las conclusiones definitivas del estudio, todavía bajo discusión, lo que nos interesa destacar es que se compararon placebo, imipramina, terapia cognitivo-conductual y TIP. La comparabilidad entre psicoterapias, por tanto, es metodológicamente posible. Además, la escuela interpersonalista parece haber logrado coprotagonizar el interés de la investigación evaluativa en psicoterapia.

Como era de esperar, la TIP se mostró superior si había mayor disfunción psicosocial, la terapia cognitivo-conductual si la disfunción cognitiva era lo relevante, y la imipramina si predominaba la incapacidad laboral. La gravedad de la depresión predecía superior respuesta a imipramina y a TIP. Esta última conclusión ha supuesto un importante reconocimiento para la escuela interpersonalista en EE.UU., y probablemente explica que se haya despertado el reciente interés europeo por la TIP.

DEFINICION

La TIP es una psicoterapia breve basada en que la depresión y demás trastornos psiquiátricos son en menor o mayor medida determinados por el contexto psicosocial, interpersonal. Que este contexto reciba atención adecuada resulta importante para la remisión del trastorno y la prevención de recaídas.

Cuando hablamos de lo psicosocial nos referimos a los diferentes roles desempeñados por un paciente. El rol -de padre o hijo, de cónyuge o abuelo, de trabajador o desempleado, de agresor o de víctima, etc.- como lugar de encuentro entre nuestra manera de ser y lo que vamos representando para los demás, genera variados problemas a examinar en psicoterapia. Y cuando se habla de lo interpersonal es obvio que nos referimos al ancho campo de las relaciones humanas, todo menos que sencillas.

Nuestros roles y nuestras relaciones se ven alterados con sobrecargas emocionales o laborales, conflictos, y pérdidas. La alteración por sobrecarga tiende a minar nuestras fuerzas, los conflictos tienden a angustiarnos, y las pérdidas a deprimirnos. Típicamente, las pérdidas a tratar en psicoterapia son lo que podemos llamar las tres "d": duelo, divorcio, desempleo.

Éstas son las generalidades de la TIP, según nuestra lectura de su libro de cabecera (Klerman et al, 1984). Quien quiera saber más, lo primero que tiene que hacer es leer este manual. Los creadores de la TIP reiteran que la aparición del trastorno modifica el contexto psicosocial e interpersonal del paciente. La compasión o el rechazo por él recibidos añaden distintos sentimientos, como desamparo, irritabilidad, impaciencia, etc., que complican la sintomatología de partida.

Vemos, pues, porqué sus creadores denominaron interpersonal a esta psicoterapia. Por supuesto que toda psicoterapia es interpersonal, pero es en la TIP donde lo interpersonal se erige en el eje principal de la terapia.

FUNDAMENTO TEORICO

El trasfondo teórico de donde surge la TIP es la escuela interpersonal americana. A finales de los años 30, los psiquiatras estadounidenses empezaron a pensar que tanto la etiología como la terapéutica estaban determinadas primordialmente por lo psicosocial, lo interpersonal. El iniciador de esta visión fue Adolph Meyer. Según su psicobiología (Meyer, 1957), la enfermedad mental es un intento de adaptarse al ambiente. Este autor es sin duda el primero en enfatizar lo interpersonal e inaugura la escuela americana, con Frieda Fromm-Reichmann, Mabel Blake Cohen, Karen Horney y Erich Fromm, como sus grandes exponentes. No obstante, en todos ellos Freud se halla tan presente que deja en segundo plano lo psicosocial.

Otra cosa es Harry Stack Sullivan, el máximo representante de la escuela interpersonal. Leerlo (Sullivan, 1953) constituye una muy agradable sorpresa, pues defiende sin ambages el paradigma interpersonal quedándose siempre en la psiquiatría. Recomendando sus páginas sobre esquizofrenia, que aguantan perfectamente cincuenta años después. Así como la lista de autores antes citada suele incluirse dentro del culturalismo americano, Harry Stack Sullivan nunca deja de ser un psiquiatra que se hace preguntas y que ve las respuestas en lo psicosocial.

Por último, el inglés John Bowlby, conocido teórico del apego (Bowlby, 1969) y el vínculo social (social bonding), demostró que pérdidas tempranas tienden a desencadenar ulteriores depresiones (Holmes, 1993). Al igual que los culturalistas americanos arriba citados, Bowlby también trata lo interpersonal según categorías freudianas, y de hecho este autor suele incluirse en la escuela psicodinámica. De ésta diremos, con el psicoanalista Gabbard (1990), que es deplorable que en psicoanálisis se diga *relaciones objetales* al hablar de relaciones interpersonales. De haberse preferido lo último, probablemente la TIP hubiera surgido de los innovadores psicoanalistas británicos y quizá el psicoanálisis estadounidense no habría ignorado, como hasta hace relativamente poco tiempo (Sutherland, 1980), el campo de lo objetal/interpersonal.

FUNDAMENTO EMPIRICO

Los estudios empíricos sobre los que descansa la TIP provienen de cinco líneas de investigación: la de los acontecimientos vitales, la del soporte social, la epidemiológica, la evolutiva infanto-juvenil, y la experimentación animal.

Los estudios sobre acontecimientos vitales o *life events* (Illfeld et al, 1977; Katschnig, 1986; Paykel et al, 1969; Paykel, 1978; Paykel y Cooper, 1991; Pearlin y Lieberman, 1979; Surtees et al, 1986) ponen el acento en la sobrecarga que representan hechos tales como los conflictos de pareja y las pérdidas. El grupo de Paykel sostiene que en los 6 meses anteriores a un episodio depresivo son las disputas de pareja la fuente de sobrecarga más frecuente, y que la aparición de un acontecimiento estresor multiplica por 6 la probabilidad de un episodio depresivo.

Los estudios sobre soporte social (Brown et al, 1977; Brown y Harris, 1978; Brown et al, 1986; Henderson, 1974; Henderson et al, 1980; Monroe et al, 1986) indican que el déficit en relaciones sociales es factor de riesgo para trastornos afectivos, en especial depresión. Y al contrario, el estudio longitudinal de Henderson (1980) demuestra que una red social satisfactoria es el mejor amortiguador de las vicisitudes propias de la vida. Brown y Harris (1978) establecieron que la diferencia entre depresivos y sanos es que los primeros muestran secuelas sociales a largo plazo a partir de estresores por pérdida o conflicto, y no así los segundos. Fue el grupo de Brown (1986) quien difundió el hallazgo según el cual los 5 factores de riesgo para la depresión son la ausencia de una relación interpersonal significativa, la pérdida temprana de la madre, tener 3 o más hijos de menos de 14 años, estar sin trabajo, y pertenecer al estrato social inferior.

Los estudios epidemiológicos (Illfeld, 1977; Weissman et al, 1987) correlacionan estresores sociales y episodios depresivos. Las disputas de pareja parecen ser la circunstancia más frecuente correlacionada con la depresión (Weissman et al, 1987).

Los estudios sobre desarrollo infanto-juvenil (Orvaschel et al, 1980; Weissman et al, 1984), así como los centrados en experimentación animal (Coe et al, 1985; Suomi, 1991) corroboran la importancia que en la evolución ontogénica y filogénica tienen las relaciones interindividuales.

Práctica de la terapia interpersonal

Para la TIP, la depresión muestra tres componentes: los síntomas, las relaciones sociales e interpersonales del paciente, y su personalidad. Es misión de la TIP aliviar los síntomas del paciente y ayudarle a desarrollar estrategias para afrontar sus dificultades sociales e interpersonales. La personalidad queda fuera de los objetivos de la TIP.

La TIP es de base médica. Puede acompañarse o no de antidepresivos y otros psicofármacos. La TIP original (Klerman et al, 1984) es psicoterapia breve, con 1 sesión por semana a lo largo de 3 a 6 meses. La sesión dura 1 hora académica (unos

50 minutos). Como psicoterapia breve, la TIP sólo pretende tratar el aquí y ahora del trastorno. No pretende profundizar al modo psicodinámico ni modificar la personalidad, aunque no ignora la importancia clínica de esta última. Más allá de la depresión, las nuevas aplicaciones de la TIP han supuesto cambios tanto en los contenidos como en la duración, que tiende a prolongarse.

La TIP se desarrolla según tres fases: la inicial, de la 1ª a la 3ª sesión; la intermedia, de la 4ª a la 13ª sesión; y la final, de la 14ª a la 16ª sesión. Por supuesto, el número de sesiones por fase es aproximado, y la TIP preconiza flexibilidad como norma general a seguir por el terapeuta. De todos modos, el manual de instrucciones indica al terapeuta cómo actuar en cada fase. Aquí lo glosamos brevemente.

La *fase inicial* consiste en aliviar los síntomas, dar ánimo al paciente y explicarle qué es su trastorno y cómo va a ser curado. Hay, pues, farmacoterapia sintomática si así se indica, y contenidos psicoeducativos acerca del diagnóstico, pronóstico y terapéutica.

Para la TIP, lo importante de la fase inicial es identificar, entre 4 áreas problemáticas, la que tenga mayor importancia actual. Paciente y terapeuta toman el acuerdo de priorizar dicha área a lo largo de la psicoterapia. La TIP contempla estas 4 áreas problemáticas: duelo, disputas interpersonales de rol, transiciones de rol, y déficits interpersonales.

Área problemática	Definición	Metas, Estrategias
Duelo	Reacción anormal por gran intensidad o duración (>1 año)	Sustituir la pérdida con nuevos intereses y otras relaciones
Disputas (de rol) interpersonales	Paciente y allegado no esperan lo mismo de la relación interpersonal	Desmenuzarla Ver opciones Comunicar bien Expectativas realistas
Transiciones de rol	Paciente incapaz de afrontar cambios de rol biográficos, que siente como amenazas para su autoestima, su identidad, o ambas	Ver el o los roles de forma menos negativa, estrecha Dominar sucesivos aspectos del nuevo rol
Déficits interpersonales	Historia de relaciones interpersonales inadecuadas o insostenibles	Reducir aislamiento social focalizando anteriores relaciones y actual relación con el terapeuta Animar hacia nuevas relaciones

La *fase intermedia* focaliza el área elegida. Se barajan estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, así como opciones alternativas de comportamiento. El alivio sintomático previamente conseguido posibilita el proceso. Así como la fase inicial comporta asignar el rol de enfermo, la fase intermedia tiende a

retirárselo lentamente, para activar y responsabilizar al paciente.

La *fase final* prepara al paciente para causar alta del tratamiento, que comporta cierto pesar si hay dependencia terapéutica. Se resume lo que ha sido todo el proceso, en aras de una visión de conjunto que permita vislumbrar también perspectivas de futuro para el paciente. En esta fase, el terapeuta indica o no la continuación de la TIP. Últimos desarrollos en este sentido no descartan psicoterapia de mantenimiento indefinido.

Técnicas interpersonales	Definición
Exploración	Recogida de información sobre síntomas y problemas, que puede ser directiva o no.
Aliento afectivo	Que el paciente reconozca y acepte afectos dolorosos. Que use y maneje los afectos de forma positiva. Alentar la expresión de afectos suprimidos.
Clarificación	Que el paciente se dé cuenta del hecho comunicacional y que lo reestructure.
Análisis comunicacional	Identificar pautas de comunicación no adaptativas. Que el paciente comunique con mayor efectividad.
Usar la relación terapéutica	Para examinar sentimientos y comportamientos del paciente en la relación terapéutica como un modelo de otras interacciones del paciente.
Fomentar cambios de conducta	Para que el paciente resuelva problemas de la vida simples. Que el paciente vea opciones para resolver problemas. Mediante role-playing, ver y comprender cómo se relaciona el paciente para adiestrarlo en nuevas interacciones.

La TIP enfatiza que lo importante son las estrategias y los objetivos, no las técnicas. El manual disponible es orientativo, da directrices concretas, proporciona suficiente estandarización, y permite que un psicoterapeuta experto en otras escuelas pueda dominar la TIP en poco tiempo.

FORMACION EN TERAPIA INTERPERSONAL

Los creadores de la TIP también han estandarizado el programa formativo para psicoterapeutas que desean aprender este procedimiento. Los objetivos del programa son:

- entender la TIP para poder emplearla,
- diferenciarla del resto de psicoterapias,
- aplicarla a la depresión y otros trastornos.

El programa formativo incluye (Rounsaville et al, 1986):

- la lectura del manual (Klerman et al, 1984),
- un mínimo de 40 horas de seminario teórico,
- supervisión intensiva de casos.

Un estudio longitudinal (Rounsaville et al, 1984) demuestra que este tipo de diseño curricular convierte a psicoterapeutas con experiencia previa en óptimos profesionales de la TIP.

Las 40 horas de seminario teórico pueden impartirse de forma intensiva, en unos 5 días (Rounsaville et al, 1986). El grupo de Pittsburgh (Frank, 1991) preconiza repartirlas a lo largo de unas 20 semanas, con lo que se imbrican teoría y práctica. Los contenidos del seminario didáctico incluyen visionar vídeos y discutir técnicas psicoterapéuticas. La supervisión, asistida por vídeo/audio, se centra en un mínimo de 2 casos.

LA TIP FRENTE AL PSICOANÁLISIS Y LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Es evidente que la TIP tiene mucho en común con otras psicoterapias. De hecho, quizá sea el mejor ejemplo de sincretismo terapéutico en la psiquiatría actual. La mayoría de psicoterapias tiende a que los pacientes desarrollen estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, competencias y habilidades sociales, y el fortalecimiento de la autoestima. Esto también lo comparte la TIP. Veamos las diferencias.

Una primera diferencia entre escuelas psicoterapéuticas la constituye el que se focalice la edad infanto-juvenil, o el pasado próximo, o el presente. La TIP enfatiza la actualidad del paciente. Episodios depresivos o de otra índole que pertenecen al pasado, así como pautas de comportamiento atribuibles a precoces interrelaciones intrafamiliares y demás vivencias tempranas, también son examinados. Pero sólo para entender mejor el estilo interactivo de cada paciente, y sin que el espacio terapéutico concedido al pasado supere al espacio concedido a lo actual. En principio, la TIP prima el presente, ve menos importante el pasado próximo, y considera secundario el pasado remoto.

Otra diferencia estriba en la duración de la psicoterapia. La TIP original sólo concedía medio año. Aplicaciones actuales hablan de periodos mayores, pero siempre con plazos explícitamente delimitados a priori (Frank, 1991; Klerman et al, 1974). La razón es que no se ha probado que las psicoterapias prolongadas y abiertas sean más eficientes que las breves. Siendo más caras las prolongadas, deberían ser bastante más eficaces que las breves para poder ser consideradas más eficientes, con mayor rendimiento. Como esto no sucede, se entiende que la interminabilidad - *Unendlichkeit* de Sigmund Freud- del psicoanálisis sea hoy motivo de crítica. Además de razones de eficiencia, los argumentos clínicos para preferir terapias breves son el menor riesgo de generar dependencia del tratamiento o de reforzar

conductas de evitación. De todas maneras, luego veremos que la TIP de mantenimiento supone una novedad importante, pues nos reconcilia con los plazos de la terapia psicodinámica, siempre abiertos y con tendencia a prolongarse.

La TIP, en fin, omite los contenidos intrapsíquicos en el sentido del psicoanálisis: no es una *Tiefenpsychologie*, una psicología profunda. Aspectos axiales como transferencia, proyección, y negación son por supuesto tenidos en cuenta, sobre todo a la hora de supervisar la terapia. Pero en principio no quedan tematizados en la sesión.

La TIP tampoco es terapia cognitivo-conductual, pues su meta no es afrontar esquemas negativos de pensamiento, distorsiones cognitivas, o falsas atribuciones. Por supuesto, trabaja con las cogniciones del paciente, pero de forma no estructurada, sin protocolos detallados ni tareas y autorregistros a realizar en casa. Técnicas conductistas como desensibilización sistemática, terapia de exposición, etc., no se incluyen.

EFICACIA DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

En los últimos 20 años, la TIP ha sido sometida a importantes estudios de evaluación, en especial por sus creadores Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron. La terapia breve original ha sufrido modificaciones en la medida que a partir de la depresión la TIP ha pasado a indicarse en otras patologías. Esto ha llevado a cambios en la duración del tratamiento y en las características de cada población diana.

En diferentes estudios, la TIP ha sido evaluada como tratamiento único, en comparación con farmacoterapia, o ambas en combinación (Weissman, 1987). Todos los estudios se han llevado a cabo con pacientes ambulatorios.

Estudios de evaluación de eficacia

Diseño	Diagnóstico nº pacientes	Duración	Autores
TIP+amitriptilina/ amitriptil */ TIP/psicoter. inespec.	depresión mayor n=96	16 semanas	Weissman et al, 1979
TIP/ nortriptil * /placebo	depresión mayor o distimia edad > 60 n=30	6 semanas	Sloane et al, 1985
TIP/ter. cog. /imipramina * /placebo	depresión mayor n=239	16 semanas	Elkin et al, 1989

* se administró el medicamento junto con entrevista con el médico

Terapia interpersonal como tratamiento agudo

De 1979 data el estudio de Weissman et al. 96 depresivos fueron tratados durante 16 semanas mediante TIP y amitriptilina, por separado y combinadamente, y psicoterapia inespecífica a demanda del paciente. El 85% de la muestra fueron mujeres. La TIP se aplicó según los cánones originales, con frecuencia semanal y por psiquiatras formados; entonces se disponía ya de manual. Al contrario de estudios anteriores (Klerman et al, 1974), el de 1979 pudo beneficiarse de los Research Diagnostic Criteria. Se logró así un rigor diagnóstico sin precedentes y también la comparabilidad con toda la investigación post-DSM-III, desde 1980 en adelante.

Este estudio no terminó a los 4 meses. Para evaluar efectos más tardíos, los pacientes fueron explorados de nuevo al cabo de 1 año. Los resultados demostraron ser superiores en los tres grupos con tratamiento activo que en el grupo control. Como criterio principal se tomó la tasa de recaídas, medida con la Raskin Depression Scale (Raskin et al, 1969). Entre TIP y amitriptilina no surgió ninguna diferencia estadísticamente significativa. La menor tasa de recaídas correspondió al grupo que combinó ambos tratamientos. En este grupo, los fracasos terapéuticos por no respuesta o recurrencia tardaban más en aparecer. La endogeneidad, en términos de los Research Diagnostic Criteria, se vio que predecía peor resultado con TIP. Al cabo de 1 año, los dos grupos que habían recibido TIP demostraron mayor habilidad social que el grupo con sólo medicamento y el grupo control.

Otro diseño comparativo (Elkin et al, 1989) asignó aleatoriamente 239 pacientes depresivos a 4 grupos: uno con TIP, otro con terapia cognitivo-conductual, otro con imipramina y charla con el médico, y otro con placebo y charla con el médico. El nivel de los psicoterapeutas fue alto. Los resultados sobre síntomas, habilidades sociales y habilidades cognitivas se midieron con una batería de instrumentos apropiada. Fueron mejores en los tres grupos con tratamiento activo.

Al término de 16 semanas, más de 2/3 de los 162 pacientes que completaron el ensayo quedaron libres de síntomas. Se vio que el grupo con medicamento mejoraba antes que los demás, con tendencia a igualar resultados los tres grupos con tratamiento activo a partir de la semana 12. Si el grupo con placebo mostró la mayor tasa de abandonos, el grupo con TIP mostró la menor. Y si las depresiones leves mejoraron de forma parecida en los cuatro grupos, las depresiones graves lo hicieron de distinta manera. La TIP no sólo logró los resultados de la imipramina, sino que además demostró que funcionaba en presencia de criterios de endogeneidad. Esto contradice lo antes señalado (Weissman et al, 1979). La explicación está en la superior preparación de los terapeutas. Chevron et al (1983) han demostrado que experiencia psicoterapéutica y buenos resultados correlacionan.

El seguimiento durante 18 meses no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos en cuanto a tasa de recaídas (Shea et al, 1992): 33% para el grupo con TIP, 36% para el grupo con terapia cognitivo-conductual,

50% para el grupo con imipramina, y 33% para el grupo con placebo. Pero el hallazgo central de dicho seguimiento ha sido demostrar de forma irrefutable que 16 semanas es un periodo de tiempo demasiado breve para que la mayoría de enfermos depresivos obtenga una remisión duradera, cualquiera que sea el tratamiento.

El mencionado estudio (véase también Sotsky et al, 1991) es importante: es el programa de investigación en tratamiento de la depresión, del americano National Institute of Mental Health, que hemos descrito al principio. Han participado varios centros estadounidenses de prestigio en los últimos años. Los psicoterapeutas interpersonalistas y cognitivistas que han intervenido han sido excelentes. Para algunos, quizá demasiado, puesto que ello alejaría este estudio de los estándares de la psicoterapia real.

Estudios de evaluación de eficacia

Diseño	Diagnóstico nº pacientes	Duración	Autores
TIP /TIP+ami/ TIP + placebo / * / ami + * /placebo + *	depresión remitida n=150	32 semanas	Klerman et al, 1974
TIP/ TIP + placebo/ TIP+ imipramina / * + imipram/ * + placebo	depresión recurrente n=128	3 años	Frank et al, 1990
TIP + nortriptilina / TIP+placebo * + nortrip/ * + placebo	depresión recurrente edad > 60 n=120	3 años	Reynolds et al, 1992

* está por visitas y entrevistas con el médico

Terapia interpersonal a largo plazo

El primer seguimiento que hicieron Klerman y colaboradores (1974) debe incluirse en este apartado. Comenzó en 1967, sin disponerse del manual *ad hoc* ni de diagnósticos operativos, pero sí de antidepresivos tricíclicos. Se partió de 150 mujeres depresivas, que fueron asignadas aleatoriamente a diferentes grupos: sólo TIP, TIP y amitriptilina, TIP y placebo, visitas médicas con sólo entrevista, visitas médicas y amitriptilina, visitas médicas y placebo. Cada paciente fue tratada durante 8 meses. La mejoría en los aspectos interpersonales resultó ser un efecto tardío, a los 6-8 meses.

Hace 30 años se creía que la psicoterapia era inútil e incluso contraproducente en depresiones. Éste fue una de los estudios que hizo cambiar de opinión, pues la combinación de TIP y antidepresivo demostró ser lo más eficaz. Poco importa que

el rigor metodológico de entonces no llegue al de ahora. Lo importante es que un diseño experimental de los años 60 permitía comparar entre sí no sólo un fármaco activo y placebo, sino también una psicoterapia estandarizable como la TIP, y la usual psicoterapia de apoyo.

Terapia interpersonal de mantenimiento (TIP-M)

La TIP no sólo proviene de Nueva York y Boston, por Gerald Klerman (recientemente fallecido) y Myrna Weissman, o de New Haven, por Bruce Rounsaville, sino también de Pittsburgh. Eugene Frank y colaboradores, con sus recientes aportaciones, han contribuido a que la TIP haya superado, por decirlo así, la masa crítica y se esté difundiendo con rapidez en ambientes psiquiátricos. En un manual en prensa y en trabajos que luego se citan, Frank ha elaborado la terapia interpersonal de mantenimiento, TIP-M. Vale la pena describirla.

La TIP-M va dirigida a pacientes que han logrado la remisión. El mantenimiento no se concibe indefinido, sino que a priori se limita a 3 años, siempre que mientras tanto no tenga lugar un nuevo episodio. El objetivo, evidentemente, es mantener la remisión. Para la TIP-M sigue rigiendo el énfasis en el aquí-y-ahora y el método basado en las 4 áreas problemáticas antes expuestas. Pero además, la TIP-M admite otras áreas a tematizar, y al mismo tiempo permite que el foco de atención terapéutica vaya cambiando de una a otra área. Da, por tanto, mayor margen a la evolución espontánea de la relación terapeuta-paciente. No por ello debería pensarse que la TIP original sea muy directiva.

La TIP-M también varía en cuanto a la frecuencia de las sesiones, en el sentido de dilatar los intervalos. Así, preconiza 1 sesión cada 15 días al comienzo del mantenimiento, y más tarde 1 sesión cada mes. Sin tener la ambición de cambiar la personalidad de los pacientes, es obvio que relaciones terapéuticas prolongadas tienden a tener algún efecto sobre pautas de comportamiento, autocomprensión, y concepción del mundo. Así como la TIP original evita este campo, la TIP-M no lo desdeña, pues ya no se trata de tratamiento agudo, sino de reducir la vulnerabilidad ante futuras recaídas.

El fundamento empírico de la TIP-M descansa en un estudio de gran estilo (Frank et al, 1990), con 5 grupos: TIP sola, TIP y placebo, TIP e imipramina, imipramina y charla con el médico, placebo y charla con el médico. 128 pacientes con depresión recurrente entraron en el diseño siendo tratados con imipramina y TIP en pleno episodio depresivo. Durante 12 semanas hubo 1 sesión por semana, las 8 semanas siguientes 1 sesión cada 15 días, y luego 1 sesión cada mes hasta completar 20 semanas de remisión. Sólo entonces fueron randomizados a uno de los 5 grupos antedichos.

La verdad es que los grupos con mejor resultado -con mayores intervalos entre episodios- fueron el de TIP e imipramina y el de charlas con el médico e imipramina. Se explica por el efecto pantalla atribuible a las altas dosis de antidepressivo

prescritas en este ensayo. De todos modos, los grupos con solo TIP y con TIP y placebo fueron significativamente más eficaces que el grupo con placebo. El hallazgo más importante de este diseño experimental es que el intervalo libre de recurrencia posterior a la medicación correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con el mantenimiento de la TIP.

Terapia interpersonal de mantenimiento en vida tardía

La sigla inglesa es IPT-LL, por *Interpersonal Therapy-Late Life*; vida tardía o *late life* equivale a vejez. El mantenimiento de la remisión en ancianos depresivos es una oportuna aplicación de la TIP-M, por razones demográficas obvias (Frank et al, 1991). Vale todo lo dicho para el mantenimiento en general, con especial énfasis en las condiciones de vida propias de la vejez. Así, los ancianos sufren aislamiento social, achaques en progresivo aumento, mayor riesgo de pérdida de seres queridos de su misma generación, etc. Esto se prioriza en terapia.

El grupo de Frank (Reynolds et al, 1992) ha aplicado el diseño experimental en grupos a 120 ancianos con depresión recurrente. Reclutados en pleno episodio y tratados con TIP y nortriptilina, tras la remisión fueron asignados al azar a 4 grupos: TIP y nortriptilina, TIP y placebo, entrevistas con el médico y nortriptilina, entrevistas con el médico y placebo. Casi el 80% de pacientes tratados con TIP y nortriptilina alcanzaron remisión completa. No se observaron diferencias entre los que habían iniciado la depresión recurrente en edades más jóvenes y los que la habían iniciado tardíamente. Los que a doble ciego fueron randomizados a grupos sin medicamento recayeron 1 sobre 4. Y ninguno de los randomizados a grupos con medicamento sufrieron recaída.

Se concluye que la combinación de TIP y antidepresivo es eficaz en ancianos, tanto para tratar el episodio como para mantener la remisión. La tasa de abandonos es relativamente baja. Como retirar el antidepresivo a un anciano significa un 25% de probabilidad de recaída, en depresiones recurrentes este grupo de edad debería tomar una dosis de mantenimiento de por vida. La TIP-LL equivale a la monitorización clínica del anciano en estos casos.

VERSIONES DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

La capacidad de adaptación que parece mostrar la TIP probablemente obedece al importante papel que tiene la depresión en múltiples trastornos. Los estresores de la vida pueden deprimirnos, y ello justifica la existencia de asesoramiento interpersonal (AIP). Los conflictos de pareja pueden causar depresiones graves, habiéndose creado la terapia interpersonal marital conjunta (TIP-MC). Obviamente, debe existir una adaptación al trastorno bipolar, la TIP-TB. Otro campo de reconocido impacto social es el de las drogodependencias, tan recidivantes y tan predisponentes a la depresión: también existe la TIP para heroinómanos y cocaínómanos, aunque con parco resultado. De momento, la lista termina en la bulimia

Estudios de evaluación de eficacia

Diseño	Diagnóstico nº pacientes	Duración	Autores
adictos a opiáceos TIP/charlas	mantenidos con metadona n=72	24 semanas	Rounsaville et al, 1983
estrés agudo AIP/charlas	n=64	6 semanas	Klerman et al, 1987
conflictiva marital TIP-MC/TIP	depresión y pareja n=18	16 semanas	Foley et al, 1990
bulimia nerviosa TIP/TCC/TC	n=75	18 semanas	Fairburn et al, 1991

AIP, Aconsejamiento Interpersonal; TIP-MC, Terapia Interpersonal Marital Conjunta; TCC, Terapia Cognitivo-Conductual; TC, Terapia Cognitiva

nerviosa, disponiéndose de la correspondiente adaptación, la TIP-BN.

Por supuesto, las versiones de la TIP enumeradas no sólo focalizan lo depresivo de cada trastorno, sino sobre todo lo característico del mismo. Esta psicoterapia, originalmente pensada para la depresión, parece demostrarse versátil. Centrarse en lo interpersonal quizá es lo que le ha proporcionado flexibilidad adaptativa. La fuerza de la TIP estaría en que viene a ser la forma perfeccionada de la psicoterapia de apoyo que los médicos, psiquiatras incluidos, hacemos normalmente. La estandarización y los estudios evaluativos parecen conferir cientificidad al soporte conversacional-sugestivo propio de todo acto médico, algo más desarrollado con el psiquiatra. Un ejemplo reciente de aplicación en medicina lo constituye el manual de TIP para infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana que Markowitz y Klerman tienen en prensa.

Aconsejamiento interpersonal (AIP)

Se sabe que en atención primaria de salud predomina la ansiedad y la depresión más o menos relacionadas con estresores. De ahí que pronto surgió interés en estandarizar intervenciones psicosociales a muy corto plazo para la asistencia primaria. El Interpersonal Counseling (Klerman et al, 1987) incluye 6 sesiones de media hora, por parte de personal paramédico formado para ello. El aconsejamiento se centra en los estresores emocionales, familiares, laborales, etc., que comprometen los roles del paciente en dichas áreas.

El AIP (Klerman et al, 1987) parece demostrar facilidad de manejo y eficacia. Sería más efectivo que las usuales entrevistas de apoyo, sobre todo por lograr mayor reducción de síntomas en el área emocional.

Terapia interpersonal marital conjunta (TIP-MC)

La *Interpersonal Therapy-Conjoint Marital* (IPT-CM) se basa en que sólo una de las 4 áreas problemáticas, la de disputas de rol interpersonales, ha de focalizarse (Weissman y Klerman, 1988), obviamente referida a la pareja. El objetivo es eliminar los obstáculos a la comunicación intrapareja.

En un estudio piloto (Foley et al, 1990), la TIP-MC parecía demostrar que mejoraba la mutua capacidad de adaptación, el funcionamiento de la pareja, y la capacidad de expresar los propios sentimientos.

Terapia interpersonal para bulimia nerviosa

Además de la sintomatología depresiva que la enferma pueda tener, es centro de atención el contexto interpersonal generado alrededor del trastorno alimentario. El componente psicoeducativo propio de la fase inicial de la TIP se omite en bulimia nerviosa, pues las pacientes no necesitan, como sí es el caso de la depresión, reforzarse en su rol de enfermas.

En un reciente estudio comparativo (Fairburn et al, 1991) se evaluaron 75 bulímicas, que en tres grupos recibieron TIP, terapia cognitivo-conductual, o terapia conductual. Se demostró eficacia similar en la psicopatología general y la frecuencia e intensidad de los atracones (binges). No obstante, la terapia cognitivo-conductual parece haber sido superior en cuanto a vómitos autoinducidos, medidas dietéticas extremas, y actitudes ante la silueta y el peso. Hay en curso importantes estudios sobre bulimia nerviosa que comparan TIP y demás psicoterapias.

Terapia interpersonal para trastorno bipolar (TIP-TB)

El grupo del Frank en la Clínica Universitaria de Pittsburgh está evaluando la eficacia de la TIP en trastorno bipolar. El estudio es prometedor, pues es de gran magnitud y viene avalado por un manual de TIP-TB de uso interno, en 1991. No se hará esperar la publicación conjunta del manual definitivo y dicha fundamentación empírica.

Terapia interpersonal para drogodependientes

La aplicación de la TIP a drogodependencias se ha centrado en heroínomanos y cocainómanos. El diseño con la misión de evaluar la TIP en dependencia opiácea (Rounsaville et al, 1983) partió de 72 sujetos receptores de metadona que celebraban 1 sesión semanal de terapia de grupo. La comparación entre TIP y las visitas usuales con los terapeutas arrojó resultados similares.

La eficacia terapéutica se evaluó en diferentes facetas, como la reducción de síntomas depresivos, psicopatología general, personalidad, habilidades sociales, y áreas problemáticas indicadas por el propio afectado. En general, la TIP y las entrevistas usuales lograron parecidos resultados.

La TIP tampoco ha supuesto grandes avances para el tratamiento de cocainó-

manos (Rounsaville y Kleber, 1985). Más que en la sintomatología depresiva, el énfasis se puso en la reducción del consumo de cocaína. 42 cocainodependientes fueron asignados a dos grupos, uno con terapia conductual para prevención de recaídas, y otro con TIP. La duración fue de 12 semanas. No se hallaron diferencias en cuanto a semanas de abstinencia. En los casos de dependencia grave, la probabilidad de abstinencia fue significativamente superior con prevención de recaídas.

Terapia interpersonal en España

El hecho de que los trabajos sobre psicoterapia de Gerald Klerman, Myrna Weissman, Bruce Rounsaville y colaboradores sean frecuentemente citados por los principales autores de la psiquiatría actual (Akiskal, Bech, Angst, Paykel, etc.) ha significado un cierto reconocimiento de la TIP en España. Sin embargo, sólo una minoría de psiquiatras del país conoce bien esta escuela. En una reciente reunión académica de psiquiatras no noveles, cuando el Dr. Sánchez Planell (Badalona) habló de la TIP refiriéndose a la depresión y la bulimia nerviosa, muy pocos sabían de qué iba. Cuando Bruce Rounsaville ha sido invitado por el Dr. Miguel Casas (Barcelona) para hablar de drogodependencias, creo que nunca ha sido preguntado por la TIP.

He acometido esta revisión con el propósito de paliar este desconocimiento. A juzgar por la inicial difusión que la TIP está hallando en Europa, también en nuestro entorno hay posibilidades de implantación y desarrollo. En la medida que la TIP es psicoterapia de apoyo perfeccionada y estandarizada, son muchos los profesionales potencialmente interesados.

Es hora de crear la Sociedad Española de Terapia Interpersonal. Impulsaría el conocimiento de la TIP en nuestro país, fomentaría la formación e investigación en este campo, celebraría simposios y congresos, facilitaría el intercambio de experiencias, diseñaría programas curriculares, y velaría, en suma, por los intereses comunes a quienes hicieran uso profesional de la TIP.

A continuación damos la bibliografía exhaustiva, completamente al día. Destaca que no pocos manuales para TIP están en prensa. Lo primero que debería hacer la futura Sociedad Española de Terapia Interpersonal sería auspiciar su traducción, de forma homogénea y en relación a un contexto formativo global.

La Terapia Interpersonal (TIP) es una psicoterapia breve centrada en los problemas psicosociales, interpersonales, del enfermo mental. No es psicoanálisis, ni conductismo, ni cognitivismo. Pero puede servirse de algunos de sus conceptos en la medida que contribuyan a acrecentar las habilidades interpersonales del enfermo y su dominio sobre el contexto psicosocial. La TIP pretende ser una psicoterapia estandarizada, evaluable y económica. Originalmente fue pensada para la depresión, pero ha hallado nuevas aplicaciones: geropsiquiatría, consumo de psicotropos, bulimia nerviosa, conflictos de pareja, y trastorno bipolar. También se han estandarizado las formas de aconsejamiento y de mantenimiento. Describimos la práctica de la TIP y sus bases teóricas y empíricas. Se expone el itinerario curricular, la delimitación frente a otras psicoterapias, la evaluación de su efectividad y las variantes de la TIP enumeradas.

Referencias bibliográficas

- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss*. Londres: Hogarth.
- BROWN G.W., HARRIS R., COPELAND J.R. (1977). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry* 130, 1-18.
- BROWN G.W., HARRIS T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.
- BROWN G.W., ANDREWS B., HARRIS T. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine* 16, 813-831.
- CHEVRON E.S., ROUNSAVILLE B.J., ROTHBLUM E.D., WEISSMAN M.M. (1988). Selecting psychotherapists to participate in psychotherapy outcome studies. *Journal of Nervous and Mental Disease* 171, 348-353.
- COE C.L., WIENER S.G., ROSENBERG L.T., LEVINE S. (1985). Endocrine and immune responses to separation and maternal loss in non human primates. En Reite M, Field T (eds.) *The psychology of attachment and separation*. Nueva York: Academic Press.
- GABBARD G.O. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- ELKIN I., SHEA T., WATKINS J.T., IMBER S.S., SOTSKY S.M., COLLINS J.F., GLASS D.R., PILKONIS P.A., LEBER W.R., DOCHERTY J.P., FIESTER S.J., PARLOFF M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program : general effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry* 46, 971-982.
- FAIRBURN C.G., JONES R., PEVLER R.C., CARR S.J., SOLOMON R.A., O'CONNOR M.E., BURTON J., HOPE R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 48, 463-469.
- FOLEY S.H., ROUNSAVILLE B.J., WEISSMAN M.M., SHOLOMSKAS D., CHEVRON E.S. (1990). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry* 7, 10.
- FRANK E., KUPFER D., PEREL J., CORNES C., JARRET D., MALLINGER A., THASE M., MCEACHRAN A., GROCHOCINSKI V. (1994). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* 47, 1093-1099.
- FRANK E., FRANKEL D., CARTER S., CORNES C., KUPFER D.J. *Manual for the adaptation of interpersonal psychotherapy to the treatment of bipolar disorders*. University of Pittsburgh, en prensa.
- FRANK E. (1991). Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for patients with recurrent depression. *Psychotherapy* 28, 259-266.
- FRANK E., FRANK N., CORNES C., IMBER S., MORRIS S., REYNOLDS C.F. *Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression*. University of Pittsburgh, en prensa.
- HENDERSON S. (1974). Care-eliciting behavior in man. *Journal of Mental and Nervous Diseases* 159, 172-181.

- HENDERSON S., BYRNE D.G., DUNCAN-JONES P., ADOCK S., SCOTT R., STEELE G.P. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis. *British Journal of Psychiatry* 132, 463-466.
- HENDERSON S., BYRNE D.G., DUNCAN-JONES P., SCOTT R., ADOCK S. (1980). Social relationships, adversity and neurosis: a study of Associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry* 136, 574-583.
- HOEPER E.W., NYCZ G.R., CLEARY P.H., REGIER N.A., GOLDBERG I.D. (1979). Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary medical care. *International Journal of Mental Health* 8, 6-15.
- HOLMES, J. (1993). Attachment theory: a biological basis for psychotherapy?. *British Journal of Psychiatry* 163, 430-437.
- ILLFELD F.W. (1977): Current social stressors and symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry* 132, 463-466.
- KATSCHNIG H. (ed.) (1986). *Life stress and psychiatric disorders. Controversial issues*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KLERMAN G.L., DIMASCIO A., WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., PAYKEL E.S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 131, 186-191.
- KLERMAN G.L., WEISSMAN M.M., ROUNSAVILLE B.J., CHEVRONE E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.
- KLERMAN G.L., BUDMAN S., BERWICK D., WEISSMAN M.M., DAMICO-WHITE J., DEMBY A., FELDSTEIN M. (1987). Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Medical Care* 8, 6-15.
- 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.
- MARKOWITZ J.C., KLERMAN G.L. *Interpersonal psychotherapy of depressed patients at risk for AIDS*, en prensa.
- MEYER A. (1957). *Psychobiology: a science of man.*, Springfield (Illinois): Thomas.
- MONROE S.M., BROMET E.J., CONNELL M.M., STEINER S.C. (1986). Social support, life events, and depressive symptoms: a 1-year prospective study. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 54, 424-431.
- ORVASCHEL H., WEISSMAN M.M., KIDD K.K. (1980). Children and depression: the children of depressed parents; depression in children. *Journal of Affective Disorders* 2, 1-16.
- PAYKEL E.S., MYERS J.K., DIENELT M.N., KLERMAN G.L., LINDENTHAL J.J., PEPPER M.P. (1969). Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 21, 753-760.
- PAYKEL E.S. (1978). Recent life events in the development of depressive disorders. En Defeu RA (ed.) *The psychobiology and depressive disorders: implications for the effect of stress*. Nueva York: Academic Press.
- PAYKEL E.S., COOPER Z. (1991). Life events and social stress. En Paykel ES (ed.) *Handbook of affective disorders*, 2ª ed. Edimburgo: Churchill & Livingstone.
- PEARLIN L.I., LIEBERMAN M.A. (1979). Social sources of emotional distress. En Simons R (ed.) *Research in community and mental health*. Greenwich (Connecticut): JAI.
- RASKIN A., SCHULTERBRANDT J., REATING N., MCKEON J.J. (1969). Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 148, 87-98.
- REYNOLDS C.F., FRANK E., PEREL J.M., IMBER S.D., CORNES C., MORYCZ R.K., MAZUMDAR S., MILLER M.D., POLLOCK B.G., RIFAI A.H., STACK J.A., GEORGE C.J., HOUCK P.R., KUPFER D.J. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry* 149, 555-558.
- ROUNSAVILLE B.J., GLAZER W., WILBER C.H., WEISSMAN M.M., KLEBER H.D. (1983). Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Archives of General Psychiatry* 40, 629-636.
- ROUNSAVILLE B.J., CHEVRON E.S., WEISSMAN M.M. (1984). Specification of techniques in interpersonal psychotherapy. En Williams JB, Spitzer RL (eds.) *Psychotherapy research*, Nueva York: Guilford.
- ROUNSAVILLE B.J., KLEBER H.D. (1985). Psychotherapy/counseling for opiate addicts: strategies for use in different treatment settings. *International Journal of Addiction* 20, 868-896.
- ROUNSAVILLE B.J., CHEVRON E.S., WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., FRANK E. (1986). Training therapists to perform interpersonal psychotherapy in clinical trials. *Comprehensive Psychiatry* 27, 364-371.

- SHEA M.T., ELKIN I., IMBER S.D., SOTSKY S.M., WATKINS J.T., COLLINS J.F., PILKONIS P.A., BECKHAME., GLASS D.R., DOLAN R.T., PARLOFF M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 49, 782-787.
- SLOANE R.B., STAPLES F.R., SCHNEDIER L.S. (1985). Interpersonal therapy versus nortryptiline for depression in the elderly. En Burrows G.D., Norman T.R., Dennerstein L. (eds.) *Clinical and pharmacological studies in psychiatric disorders. Biographical psychiatry: new prospects*. Londres: Libbey.
- SMITH M.L., GLASS G.V., MILLER T.I. (1980). Meta-analysis of psychotherapy. *American Psychology* 41, 165-180.
- SOLÉ PUIG, J. (1989). *Terapia antidroga*. Barcelona: Salvat.
- SOTSKY S.M., GLASS D.R., SHEA M.T., PILKONIS P.A., COLLINS J.F., ELKIN I., WATKINS J.T., IMBER S.D., LEBER W.R., MOYER J., OLIVERI M.E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry* 148, 997-1008.
- SULLIVAN H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.
- Suomi S.J. (1991). Primate separation models of affective disorders. En Madden J. (ed.) *Neurobiology of learning, emotion and affect*. Nueva York: Raven Press.
- SURTEES P.G., MILLER P.M., INGHAM J.G., KREITMAN N.B., RENNIE D., SASHIDHARAN S.P. (1986). Life events and the onset of affective disorder: a longitudinal general population study. *Journal of Affective Disorders* 10, 37-50.
- SUTHERLAND J.D. (1980). The British object relation theorists. *J American Psychoanalysis Association* 28, 829-860.
- WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., DIMASCIO A., NEU C., GOHLANEY M., KLIERMAN G.L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry* 136: 555-558.
- WEISSMAN M.M., LECKMAN J.F., MERIKANGASK.R., GAMMON G.D., PRUSOFF B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry* 42, 13-21.
- WEISSMAN M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health* 77, 445-451.
- WEISSMAN M.M., JARRET R.B., RUSH A.J. (1987). Psychotherapy and its relevance to the pharmacology of major depression: a decade later (1976-1985). En Meltzer HY (ed.) *Psychopharmacology: the third generation of progress*. Nueva York: Raven Press.
- WEISSMAN M.M., KLIERMAN G.L. *Manual for interpersonal counseling for stress and distress*, Columbia University / Cornell University, en prensa.

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
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: (93) 408 0464
Fax: (93) 352 4337**